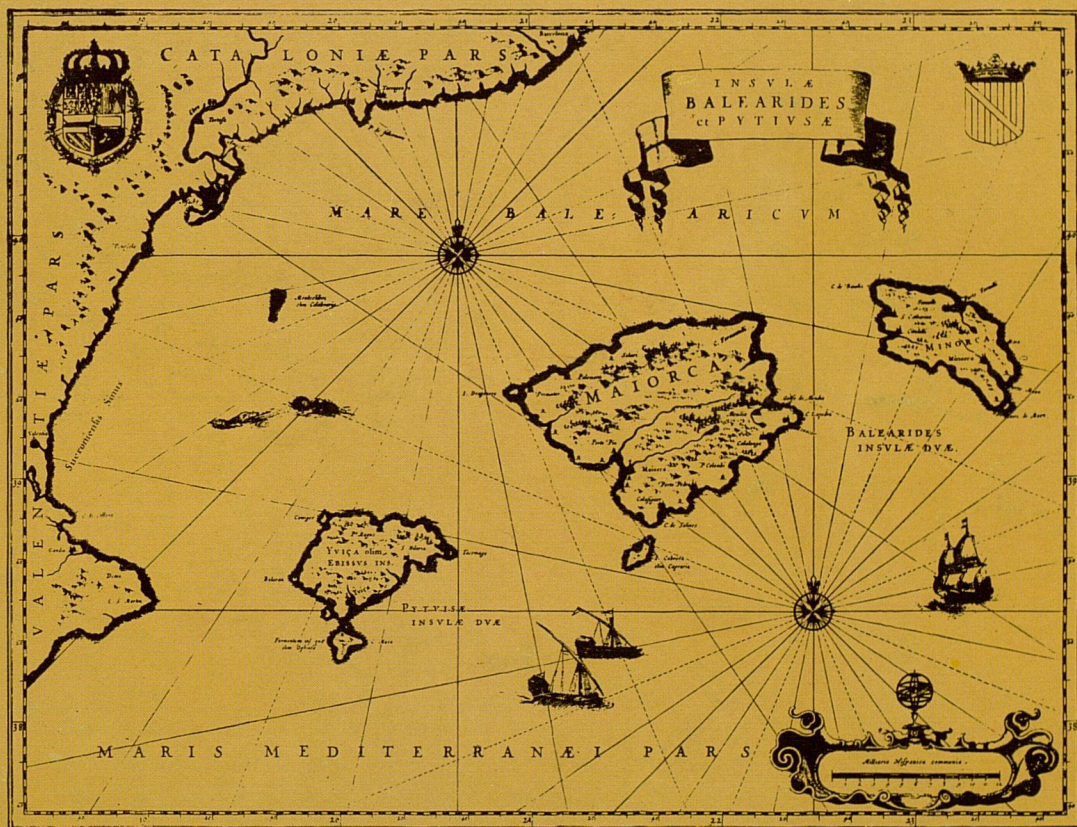


# Medicina Balear

REAL ACADEMIA DE MEDICINA Y CIRUGIA DE PALMA DE MALLORCA



CON LA COLABORACION DE LA CONSELLERIA DE SANIDAD DEL GOBIERNO  
DE LA COMUNIDAD AUTONOMA DE LAS ISLAS BALEARES

Volumen 1, Número 2- Mayo/Agosto 1986







# Medicina Balear

REAL ACADEMIA DE MEDICINA Y CIRUGIA DE PALMA DE MALLORCA

---

Volumen 1, Número 2

Mayo/Agosto 1986

---

**Presidente**

José M. Rodríguez Tejerina

**Director:**

Arnaldo Casellas Bernat

**Secretario de redacción:**

Juana M.<sup>a</sup> Román Piñana

**Comité científico:**

Francisco Medina Martí, José M. Mulet Fiol, Juan Manera Rovira, Santiago Forteza Forteza, Andrés Torrens Pastor, Victoriano Fernández Vila, Bartolomé Darder Hevia, Miguel Manera Rovira, José Llobet Munné, Bartolomé Mestre Mestre, Pedro Aguiló, Santiago Luelmo Román, Miguel Munar Qués, Nicolás Pascual Piris, José Tomás Monserrat, Miguel Llobera Andrés, Guillermo Mateu Mateu, B. Cabrer Barbosa, José Miró Nicolau.

CON LA COLABORACION DE LA CONSELLERIA DE SANIDAD DEL GOBIERNO  
DE LA COMUNIDAD AUTONOMA DE LAS ISLAS BALEARES

---

**Redacción:**

Morey, 8. Teléfonos: 721230. 07001 PALMA DE MALLORCA.







# Medicina Balear

REAL ACADEMIA DE MEDICINA Y CIRUGIA DE PALMA DE MALLORCA

## SUMARIO

- 
- |                       |   |
|-----------------------|---|
| <b>Editorial</b>      | <b>Salud para todos en el año 2000</b><br>Juana María Román<br><b>5</b>   |
| <b>Originales</b>     | <b>Cirugía de la valvula mitral (25 años de experiencia)</b><br>A. Casellas Bernat, L. Riera de Barcia, M. Ribas Garau.<br><b>9</b>   |
| <b>Originales</b>     | <b>Prevalencia de Anticuerpos Anti-HTLV-III/LAV entre los adictos a la heroína de la Isla de Mallorca.</b><br>J. Altés, J. Forteza Rei, M. Riera, C. Villalonga.<br><b>17</b> |
| <b>Casos Clínicos</b> | <b>Fiebre mediterránea familiar. Presentación de un caso. Revisión literatura española.</b><br>J. Buades Reinés<br><b>25</b>  |
| <b>Revisiones</b>     | <b>Anorexia nerviosa: ¿Síndrome confuso o confuso Síntoma?</b><br>N. Llaneras Manresa, M. Roca Bennasar.<br><b>29</b>   |
| <b>Revisiones</b>     | <b>Actualización de enfermedades venéreas.</b><br>A. Montis Suau<br><b>33</b>   |
| <b>Revisiones</b>     | <b>Prevención y diagnóstico precoz del cáncer de cervix: ¿Hacemos lo que debemos?</b><br>J. Cortés, M.C. Yárnoz<br><b>37</b>  |
| <b>Protocolos</b>     | <b>Protocolo de tratamiento de las crisis de asma infantil.</b><br>J. M. <sup>a</sup> Román<br><b>41</b>  |
| <b>Historia</b>       | <b>Libros de médicos y cirujanos en Mallorca bajomedieval (1.<sup>a</sup> Parte). Análisis de seis bibliotecas.</b><br>A. Contreras Mas<br><b>43</b>                          |







## Editorial

# Salud para todos en el año 2000

Juana María Román

En la «Estrategia mundial de la salud para todos de aquí al año 2000» (1981) la OMS precisa: «La salud para todos no significa que en el año 2000 la medicina aporte a todos los habitantes de la tierra las soluciones médicas a sus males ni que desaparezcan las enfermedades y los enfermos. El verdadero sentido de la estrategia es la concienciación del ciudadano de que la salud comienza en la casa, en la escuela, en la oficina, en la fábrica, etc., y es precisamente donde viven y trabajan las gentes donde la salud se gana o se pierde. Significará también que las fuentes disponibles para la salud —cualesquiera que sean— habrán de ser equitativamente repartidas en la población y que los cuidados de salud esenciales serán accesibles a todos los individuos según modalidades aceptables y con la participación de todos. Es decir que las gentes comprenderán que ellos mismos tienen el poder de delimitar sus propia existencia y la de sus familias, y protegidos de enfermedades evitables serán conscientes de que la alteración de la salud no es un fenómeno irremediable».

La salud representa para nuestros contemporáneos un problema de importancia creciente. La concepción que los hombres tienen de su salud varía con la historia, la geografía y las estructuras sociales. En un país como el nuestro no es la simple ausencia de enfermedad, aceptándose la defini-

ción de la OMS que a partir de 1946 la contempla como «un estado de completo bienestar físico, mental y social». Sin embargo esta definición adolece de una cierta pobreza en el orden de la creatividad, pudiéndose completar añadiendo además una plenitud de vida, una armonía dinámica del hombre con él mismo y con su medio —uno y otro cambiantes—, cuyo objetivo es «enriquecerse cada uno con sus cualidades» (Valery), es decir permitir a cada uno sacar el máximo partido de sus capacidades teniendo en cuenta su herencia genética. Pero, ¿es realmente posible actuar sobre la salud?

Durante milenios los hombres han visto en la enfermedad y la muerte la expresión de la cólera y la arbitrariedad de los dioses considerándola un «hecho» implacable. En nuestros días todavía esta concepción milenaria prevalece, ya que son siempre los mismos a los que el destino marca acumulando sobre ellos deficiencias de todas clases, salarios más bajos, instrucción más deficiente, trabajos más duros, hábitats menos salubres y finalmente muerte más precoz.

Es evidente que en el momento actual en el área de la salud esa fatalidad puede ser desechada. En los países occidentales desde finales del siglo XVIII el aumento del nivel de vida, saneamiento de las aguas, nutrición equilibrada, urbanismo mejorado, etc. han hecho bajar las tasas de mortalidad pudiéndose analizar la complejidad de factores que actúan sobre la salud y deducir que junto a factores genéticos, el *ambiente* y el *comportamiento* de los hombres juegan un rol decisivo. O sobre el uno o sobre el otro es posible actuar ya sea por una acción individual o colectiva.

Esta actuación habrá de hacerse por medio de la prevención, entendiéndose como tal el conjunto de acciones que tienden a promover la salud individual y colectiva. Esta comprende acciones dirigidas a:

– Asegurar la integridad física y mental y desarrollar las capacidades vitales de cada persona (creatividad, deseo, placer, relación activa con el ambiente, etc.).

– Reducir las amenazas que sobre las personas plantea el ambiente físico, psicológico y social y mantener las contradicciones a un nivel tal que la persona misma pueda controlarlas sin disminuir sus capacidades vitales, lo que implica una dinámica social que refuerce las posibilidades de cada uno. Las agresiones del ambiente (técnico, social, político, económico) pueden alterar las capacidades de adaptación, acelerar el envejecimiento y favorecer la aparición de la enfermedad.

Sin duda, en condiciones normales esta capacidad de autorregulación que le permite al individuo responder a los estímulos exteriores manteniendo la armonía del organismo y restableciéndola cuando se afecta, tiende a bajar naturalmente; este es el envejecimiento natural.

Sin embargo numerosas agresiones exteriores son demasiado fuertes para ser dominadas sin «fatiga», «stress» (Selie), «sufrimiento» (Dejours)...

Según Dejours, la enfermedad es la resultante de un proceso que no estaría limitado a la etiología y la patogenia tal como la concibe la investigación médica. Aunque este aspecto sea ampliamente demostrable, la enfermedad debe ser situada en una historia y la *historia natural de la enfermedad* debe ser sustituida por la *historia del sujeto enfermo*. En esta perspectiva evoluciona el proceso patógeno que trata de analizarse, contexto de donde es necesario hacer resaltar los obstáculos presentados y contra los cuales han sido ineficaces los sistemas de defensa que el sujeto ha puesto en marcha para luchar eficazmente contra el proceso patógeno.

El análisis de la enfermedad sobre el sujeto debe llevar más lejos de su ambiente físico, químico y biológico, ha

de extenderse también a su ambiente relacional y psicoafectivo y a su ambiente social predominando su historia personal desde su desarrollo y maduración postnatal hasta su envejecimiento o desorganización progresiva cuyo fin es la muerte.

Tal análisis supone la investigación sobre lo que precede al estado del sujeto enfermo. Numerosos argumentos muestran que esta investigación es posible y que antes de la enfermedad sólo hay *silencio*, ausencia de signos localizables pero estados reconocibles previos a la aparición de la patología macroscópica, es el estado de *sufrimiento*.

Una concepción nueva de la prevención pasa por una etapa previa: el *diagnóstico clínico del sufrimiento*.

Según Dejours el enunciado de los grandes temas del sufrimiento humano no ha cambiado en el transcurso de los siglos. Se trata siempre de la muerte, la miseria, la enfermedad, el envejecimiento, la locura, la pérdida de libertad, la injusticia, la indignidad, la soledad... Sin embargo sus formas han cambiado. En nuestros días es:

– La muerte por accidente de circulación o de trabajo.

– La miseria de los parados, del tercer mundo.

– El aislamiento y la exclusión de los ancianos.

– La depresión y el suicidio, el miedo y la sensación de inseguridad, la delincuencia.

– La esclavitud a la máquina y al ritmo de trabajo, la sumisión a la organización del trabajo decidido por otro, la imposibilidad de elegir su destino, la robotización, la despersonalización.

– Las desigualdades de renta, salud, educación, ocio, libertad, etc., que engendran frustración e indignidad.

– La soledad en medio de la multitud, la desestructuración de la familia, la segregación por categorías sociales y por sexos.

La *primera dimensión* de la prevención sería la de suprimir o al menos dismi-



nuir estos sufrimientos lo que en términos positivos sería reforzar las capacidades vitales (creatividad, placer, deseo, etc.) de cada persona.

Sin embargo la lucha por la salud no debe hacer olvidar que el hombre es finalmente mortal. El modelo que vehicula implícitamente la medicina moderna y la sociedad tecnológica es que la muerte es siempre el resultado de un proceso patológico, si no hubiera enfermedad no habría muerte. Todo lleva a pensar lo contrario, que la enfermedad no hace mas que abreviar la vida pero la duración de ésta, incluso en ausencia de enfermedad, es limitada. Todo pasa como si un proceso biológico natural de envejecimiento condujera a través de una baja progresiva de posibilidades de adaptación del organismo (órgano de reserva) a una muerte natural que correspondería a una pérdida casi total de estas reservas adaptativas.

La experiencia muestra que desde una época reciente la duración media de la vida ha aumentado de manera importante. En una población occidental la curva de supervivencia tiende a igualarse de manera muy significativa a la «curva ideal», es decir, a la que correspondería a una muerte natural. Este cambio es debido a la eliminación de muertes prematuras causadas por la enfermedad.

Una *segunda dimensión* de la prevención tendería a suprimir las causas de muerte prematura. Es contra las enfermedades crónicas (supervivientes de enfermedades agudas) que deben dirigirse los esfuerzos de la prevención intentando retrasar su aparición y luchando contra las condiciones del ambiente y comportamiento que favorecen su aparición.

Existen una serie de hechos que van a influir sobre el mantenimiento de la salud, bien en términos de mortalidad y morbilidad, bien en términos de libertad.

Si el aumento de la esperanza de vida desde el principio de siglo XIX es un

fenómeno natural en los países desarrollados tendría que ser de manera comparable en las diferentes naciones, en los dos sexos y en las diferentes clases sociales. Se constata sin embargo que esta esperanza de vida varía en los diferentes países. Igualmente existe una relación estrecha entre la esperanza de vida y el nivel de vida siendo los grupos sociales más favorecidos los más longevos. Todo pasa como si la sociedad eligiera a sus muertos, y así los estudios de mortalidad diferencial confirman que para prácticamente todas las enfermedades las clases pobres son más agredidas que las otras.

De la misma forma la privación de la libertad ya sea total o parcial son incompatibles con el estado de bienestar completo que es la salud.

Aunque toda vida social supone limitación sobre la voluntad de las personas reduciendo el espacio de su libertad, esta restricción es tanto más tolerable cuando ella resulta de un diálogo y de un consentimiento. Cuando el que trabaja no participa para nada en la concepción de su trabajo y está sometido a alguien que le es extraño y que domina su tiempo, su espacio y sus relaciones, esta desapropiación de su saber-hacer, de su libertad, de su creatividad... en beneficio de otro es la expresión de una auténtica alienación.

Por otra parte la información disponible es poco accesible a la población lo que le impide participar activamente en la gestión de su salud individual o colectiva. El conocimiento del estado de salud de la población es una condición necesaria a toda tentativa de objetivación de las necesidades de salud de esta población, las graves lagunas epidemiológicas lo impiden.

La investigación es insuficiente, tanto en epidemiología como en salud pública; igualmente el saber adquirido no es accesible, y así el conocimiento de recursos, de posibilidades, de reglamentos pertinentes son ignorados en

general habiendo sido olvidada durante mucho tiempo la educación para la salud.

También es evidente la fragilidad de nuestra estructura de cuidados primarios, la incoherencia de las instituciones llamadas de prevención, la inadecuación de la formación médica y de otros profesionales de la salud en el área comunitaria, así como la ausencia de la dimensión preventiva en la formación profesional a todos los niveles.

La prevención hasta ahora no ha tenido como objetivo elevar el nivel de salud de todos sino reducir los gastos de salud, no se ha dirigido a mejorar el ambiente sino a someter los comportamientos, no ha intentado liberar de la alienación sino imponer un modelo social que integrara a todos en la sociedad industrial.

La promoción de la salud constituye el objetivo mayor de una sociedad democrática y concierne a ésta en su conjunto y en todas sus actividades. La acción preventiva es compleja. No existe a priori percepción de un problema de salud, la gestión puede ser a iniciativa del usuario, del profesional o de una estructura social, el contenido de la actividad no está limitado a la relación médico-enfermo y la intervención se hace menos sobre la patología que sobre factores de riesgo. Los grupos económicos se oponen a menudo a actividades de prevención que pueden amenazar ciertos intereses, así la industria del tabaco, del alcohol, del automóvil son representativas. Numerosos estudios han demostrado lo que nuestro modo de vida tiene de peligroso pero sectores de la economía viven de estos peligros.

En la profesión médica la prevención no tiene atractivo ya que procura menos satisfacciones inmediatas de prestigio que las actividades curativas. Es también mal vista por la pobla-

ción presentándola como una responsabilidad individual, «no beber, no fumar, respetar un régimen alimentario...» para «quizá» no estar enfermo «más tarde»...

En conclusión, el objetivo de una política de prevención es promover la satisfacción de las necesidades de salud de la población, se trata de la necesidad de que cada individuo desarrolle todo su potencial.

La promoción de la salud no puede realizarse sin democracia. La reducción de las desigualdades, objetivo esencial de toda sociedad democrática, exige dar una alta prioridad a las acciones y programas orientados hacia los grupos más desfavorecidos.

La política de promoción de la salud debe concebirse a partir de una definición positiva de la misma, teniendo en cuenta que antes de la enfermedad —ruptura de adaptación del individuo a su ambiente— todo sufrimiento es una agresión a la salud. El sufrimiento funciona como una alarma que el sistema social debe escuchar posibilitando la corrección del ambiente y la modificación de comportamientos.

Una política eficaz no puede contentarse con sugerencias, el instrumento esencial es el programa: conocimiento de las necesidades, valoración de los recursos, objetivos prioritarios ante la situación actual, criterios de evaluación.

Es necesario evitar la atomización de la salud por medio de una estricta coordinación. La población debe jugar un rol no sólo en la definición de sus problemas de salud sino en todas las otras etapas de la política de prevención.

Todo ello obliga al médico a establecer una relación social diferente con los individuos; el médico no juega más que un papel de experto, las decisiones pertenecen al grupo, a la colectividad ejerciendo su poder sobre el médico (Gottraux).



## Originales

# Cirugía de la válvula mitral (25 años de experiencia)

A. Casellas Bernat \*/\*\*

L. Riera de Barcia \*\*

M. Ribas Garau \*\*

La cirugía de la válvula mitral se inició el año 1923. Cutler y col.<sup>1</sup> operaron a tres pacientes con estenosis mitral, actuando directamente sobre la valva mediante un tenótomo, introducido desde el ventrículo izquierdo. Dos pacientes fallecieron, pero lograron la supervivencia de un tercero por espacio de cuatro años.

Dos años después, Souttar<sup>2</sup>, consigue por primera vez una comisurotomía mitral mediante la acción directa del dedo a través de la aurícula izquierda. Sin embargo esta cirugía no logró una aceptación general hasta que Bailey<sup>3</sup>, en 1949, resucitara con éxito la técnica de Souttar.

En realidad el gran avance de esta cirugía se debió a J. Gibbon<sup>4</sup>, al introducir la circulación extracorpórea así como a Lillenhey<sup>5</sup>, que fue el creador de la primera bomba y del oxigenador de burbujas, equipos que permitieron corregir adecuadamente no sólo a los pacientes con estenosis mitral sino también a los que sufrían de insuficiencia valvular mitral y dobles lesiones mitrales, aparte de las restantes cardiopatías tanto congénitas como adquiridas y tributarias de corrección quirúrgica. Vale la pena recordar que una vez establecida la profilaxis primaria y secundaria de la fiebre reumática,

vemos cómo en la década de 1958 a 1968<sup>6</sup> en nuestro medio tuvo lugar una caída espectacular de la carditis reumática y en consecuencia una clara disminución de las valvulopatías de dicha etiología. De todas formas como una tercera parte de dichas valvulopatías pueden cursar sin cuadro clínico de fiebre reumática, no es de extrañar que sigan registrándose casos de valvulopatías reumáticas, del orden del 0.5 al 3 %<sup>7</sup>, en especial dentro de las clases sociales deprimidas.

Habida cuenta de que nuestro archipiélago no dispone de ninguna unidad de cirugía cardíaca, sólo contemplamos las etapas de diagnóstico clínico y de resultados quirúrgicos. Los pacientes han sido intervenidos en diferentes centros quirúrgicos tanto nacionales como del extranjero, dadas las características singulares de nuestra población.

## Material y método

Hemos analizado un total de 165 pacientes, que fueron diagnosticados de valvulopatía mitral y que distribuimos en tres grupos:

A.- Estenosis mitral .... 127 casos

B.- Insuficiencia mitral .... 6 casos

C.- Doble lesión mitral ... 15 casos

Sus edades oscilaron entre los 13 y los 67 años, con un valor promedio de 35, y el sexo, como es bien sabido, en un 78 % fueron mujeres y un 22 % varones.

Todos fueron estudiados desde el ángulo clínico, radiológico, eléctrico y hemodinámico. Con la introducción del ECO (módulo M y bidimensional) se han conseguido importantes avances en la valoración semiológica de las distintas variedades de esta valvulopatía.

Siguiendo los criterios convencionales, se integraron los datos clínicos, radiológicos, eléctricos, ecocardiográficos y hemodinámicos y se clasificaron las diferentes lesiones desde el punto de vista clínico-funcional en pacientes en fase I, II, III y IV.

\* Académico Numerario de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Palma de Mallorca

\*\* Policlínica Femenia

## Resultados

Analizamos por separado los resultados obtenidos en las tres modalidades y valvulopatía mitral ya que factores de índole retrospectiva y técnica obligaron a ello.

## Estenosis mitral

En la Tabla I resumimos los resultados obtenidos en lo que llamaríamos época histórica de la estenosis mitral, que se llevaba a cabo a corazón cerrado, siguiendo la vía de la orejuela izquierda

TABLA I

Cirugía de la estenosis mitral a corazón cerrado 1.<sup>a</sup> década 1959-1969

N.º casos	Grado funcional	Resultados			Mortalidad	
		Bueno	Regular	Malo	Inmediata	Tardía
15	II	5 (33.3 %)	4 (26.6 %)	1 ( 6.6 %)	2 (13.3 %)	3 (20.0 %)
20	III	5 (25.0 %)	5 (25.0 %)	4 (20.0 %)	3 (15.0 %)	3 (15.0 %)
9	IV	---	2 (22.2 %)	1 (11.1 %)	2 (22.2 %)	4 (44.4 %)
44		10 (22.7 %)	11 (25.0 %)	6 (13.6 %)	7 (13.6 %)	10 (22.7 %)

TABLA II

Cirugía de la estenosis mitral a corazón cerrado 2.<sup>a</sup> década 1970-1980

N.º casos	Grado funcional	Resultados			Mortalidad	
		Bueno	Regular	Malo	Inmediata	Tardía
12	II	9 (75.0 %)	1 ( 8.3 %)	---	---	2 (16.6 %)
20	III	14 (70.0 %)	---	---	2 (10.0 %)	4 (20.0 %)
13	IV	5 (38.4 %)	2 (15.3 %)	---	2 (15.3 %)	4 (30.7 %)
45		28 (62.2 %)	3 ( 6.6 %)	---	4 ( 8.8 %)	10 (22.2 %)

TABLA III

Estenosis mitral comisurotomizada a corazón abierto sin prótesis

Caso n.º	Grado funcional	Intervención	Complicaciones	Ultimo control
1	II	1972	---	1978 (B)
2	II	1972	IM 2. <sup>a</sup>	1982 Reest. Calcif.
3	II	1973	FA	1982 (B)
4	II	1975	---	1984 (B)
5	II	1976	FA	1985 (B)
6	II	1976	FA	1984 (B)
7	II	1978	FA	1984 (B)
8	II	1978	---	1985 (B)
9	II-III	1978	---	1984 (B)
10	II	1979	---	1984 (B)
11	II	1979	---	1984 (B)
12	II	1981	Emb. Cereb.	1985 (B)
13	II Tromb. IA	1980	---	1986 (B)
14	II	1977	Asma	1985 (R)
15	II	1971	---	1985 (B)
16	II	1982	---	1985 (B)
17	II	1982	---	1985 (B)
18	III	1984	---	1986 (B)
19	III	1974	---	1985 (B)
20	II	1976	---	1982 (B)
21	III	1977	---	1980 (B)
22	III	1980	FA	1981 (+)



y que abarcó en nuestro medio, desde el año 1959 hasta 1969.

En la Tabla II constan los resultados de los pacientes que también fueron intervenidos a corazón cerrado, pero que ya se beneficiaron no sólo de la experiencia acumulada sino de los avances terapéuticos, de vigilancia intensiva postoperatoria y también de las técnicas quirúrgicas establecidas en esta segunda época, que se inició a partir de 1970.

La Tabla III resume los resultados de los pacientes comisurotomizados en una tercera época, es decir, una vez establecida la cirugía a corazón abier-

to para abordar la estenosis mitral, sin que precisaran la colocación de prótesis valvular, mientras que en la Tabla IV se esquematizan los casos a los que fue preciso colocar prótesis mecánica o bioprótesis.

La Tabla V aporta nuestra casuística de las intervenciones a corazón abierto así como la técnica utilizada, para corregir las insuficiencias mitrales consideradas quirúrgicas.

Por último en la Tabla VI hacemos constar los resultados quirúrgicos, todos ellos intervenidos con circulación extracorpórea y que presentaban una doble lesión mitral.

**TABLA IV**

**Estenosis mitral con cirugía protésica**

Caso n.º	Grado funcional	Intervención	Complicaciones	Ultimo control
1	III (HAP)	Björk 1973	EPOC	1984 (R)
2	II	Björk 1975	A los 30 d. (+) A los 30 d. (+) Emb. Cereb.	---
3	III	Björk 1975	---	1984 (B)
4	III	Bioprot. 1977	Fallo VI	1985 (M)
5	III	Björk 1983	---	1985 (B)
6	III (HAP)	Björk 1977	HAP †	1985 (R)
7	II-III	Björk 1980	---	1985 (B)
8	II	Björk 1982	FA	1985 (B)
9	III	Björk 1978	HAP	1985 (B)
10	III	Björk 1977	IT	1980 (†)
11	II	Björk 1977	---	1982 (B)
12	II	Björk 1980	---	1984 (B) Coro dolor Tor. (neg.)
13	III	Björk 1984	Hepatitis	1986 (B)
14	II	Björk 1980	---	Accidente (†)
15	II	Björk 1983	(+) Coronaria Unica	

**TABLA V**

**Insuficiencia mitral**

Caso	Grado funcional	Intervención	Complicaciones	Ultimo control
1	III	Björk 1976	FA	1984 (B)
2	III	Anillo Carpentier 1973	---	1985 (B)
3	III	Björk 1965	Dehiscencia	1984 (B)
4	III	Björk 1978	FA	1985 (B)
5	III Agudo	Sorin Biomédica 1980	---	1986 (B)
6	III	Biop. Hangkong 1975	FA	1985 (B)

TABLA VI

## Cirugía de la doble lesión mitral

Caso n.º	Grado funcional	Intervención		Complicaciones	Ultimo control
1	III	Björk	1980	---	1985 (B)
2	III	Björk	1980	---	1985 (B)
3	III	St. Jude	1985	---	1986 (B)
4	II	Björk	1982	---	1986 (B)
5	III	Björk	1982	---	1984 (B)
6	III	Björk	1976	---	1985 (B)
7	III	(t)		---	---
8	III	Björk	1973	---	1984 (B)
9	III	Björk	1974	---	1984 (B)
10	III	Björk	1974	---	1984 (B)
11	III	Björk	1975	---	1984 (B)
12	III	Björk	1976	IT	1985 (ICC)
13	III	Björk	1976	---	1984 (B)
14	III	Björk	1979	---	1985 (B)
15	III	Björk	1980	(t)oclusión trombótica	---

## Discusión

### a) Cirugía de la estenosis mitral

Aunque la cirugía de la estenosis mitral a corazón cerrado es un tema que corresponde ya a la historia de la cirugía cardíaca queremos señalar, de acuerdo con nuestra experiencia, que la primera etapa quirúrgica no fue muy alentadora, salvo para aquellos pacientes que clasificamos en el grupo II, ya que los resultados obtenidos en el grupo III y IV, así como la mortalidad trans y postoperatoria inmediata y la tardía no eran precisamente estimulantes. Por supuesto que no se intervinían los pacientes con estenosis mitral del grupo I.

La calcificación valvular, trombosis intracardíaca, hipertensión arterial pulmonar, fibrilación auricular y deterioro miocárdico fueron los factores que más influyeron en el mal pronóstico<sup>8-11</sup>.

A partir de 1970, y gracias a la experiencia y avances técnicos y terapéuticos, se logró una clara mejoría en estos resultados, que no sólo se expresan en los valores estadísticos, sino también en el número de pacientes con reestenosis, que pasó de un 25 % en la primera etapa a un 12 %, y que si en un principio se atribuyó a nuevas

recurrencias de la fiebre reumática, posteriormente consideramos que eran las comisurotomías insuficientes las principales responsables.

La cirugía de la estenosis mitral a corazón cerrado tenía su mayor inconveniente en la propia anatomía de la valva estenosada, debido a las lesiones cicatriciales de las comisuras y aparato subvalvular, con o sin calcificación, que hacía difícil, inoperante o incluso peligroso el acto quirúrgico.

Hoy en día<sup>12</sup>, para corregir una estenosis mitral se impone la cirugía a corazón abierto, que como método no sólo no ofrece peligros sino que da toda la seguridad posible para llevar a cabo una correcta comisurotomía, en el caso de que todos los componentes anatómicos de la valva permitan su debida remodelación y cerciorándose de su buena función. Si ello no es posible, sea por fibrosis o calcificación inabordable, será necesaria la sustitución valvular mediante una prótesis mecánica, que si bien mejora notoriamente la hemodinámica del paciente, no deja de involucrar una serie de problemas, siendo uno de los más importantes los del tratamiento anticoagulante, ya sea por defecto, con

el peligro de embolias o por exceso con el de las hemorragias.

Cuando los pacientes tienen contraindicación formal para los anticoagulantes, cuentan con edades avanzadas o desean embarazos, no queda más solución que colocar una bioprótesis, con la posibilidad de que antes de los siete años, tengan que ser reintervenidos, al deteriorarse la referida valva. Las Tablas I, II, III y IV resumen esquemáticamente estos hechos, poniendo de manifiesto los valiosos resultados obtenidos los últimos años gracias a la circulación extracorpórea y avanzada técnica en el terreno de las sustituciones valvulares, como demuestra el hecho de que entre 23 casos de comisurotomía y 15 de sustitución valvular, sólo hemos tenido que lamentar la pérdida de dos pacientes, uno por embolia cerebral y el otro por causa ajena a su cardiopatía, ya que fue un accidente de tráfico.

En el transoperatorio se perdió una enferma por tener anomalía coronaria congénita no detectada.

#### *b) Insuficiencia mitral*

La insuficiencia mitral ha sido una de las valvulopatías que más tiempo se ha tardado en atacar debido a que su modalidad crónica, no sólo en fase II, sino incluso en fase III, puede ser aceptablemente tolerada. Sin embargo, los espectaculares resultados obtenidos con el tratamiento quirúrgico a corazón abierto de las insuficiencias mitrales agudas, como pueden acontecer después de una ruptura de pilares, sea en la fase aguda de un infarto de miocardio o después de un traumatismo torácico, han hecho que las nuevas técnicas se apliquen a la insuficiencia mitral crónica, con la finalidad de no esperar el progresivo deterioro de la fibra miocárdica, con excesiva dilatación de las cavidades cardíacas, caída en fibrilación auricular con peligro de tromboembolismo y que se desarrolle o incremente una hipertensión arterial pulmonar.

Dentro del capítulo de la cirugía conservadora, se utiliza la anuloplastia de Carpentier o la de Wooler, mientras que si el caso precisa sustitución valvular, se empleará una prótesis o bioprótesis, de acuerdo a las circunstancias de los pacientes y los criterios señalados para la estenosis mitral.

Nuestra experiencia ha sido muy satisfactoria dentro del escaso número de pacientes ya que como vemos en los resultados, sólo se intervinieron 6 pacientes, cinco de la variedad crónica y uno de la variedad aguda. En tres se colocó una prótesis mecánica, en dos una bioprótesis y en un paciente un anillo de Carpentier.

La evolución clínica fue muy satisfactoria en todos ellos, y sólo indicaremos que en el curso de los años, dos sufrieron episodios aislados de fibrilación auricular, uno, un pequeño accidente embolígeno que evolucionó satisfactoriamente y otro caso ha presentado discreta dehiscencia, que no ha requerido atenciones especiales.

#### *c) Doble lesión mitral*

Si bien en las primeras etapas de la comisurotomía mitral se intervinieron pacientes a corazón cerrado, con doble lesión mitral pero con franco predominio de la estenosis, esta valvulopatía se puede considerar que siempre ha sido candidata para la cirugía a corazón abierto.

De los 15 pacientes intervenidos y que requirieron sustitución valvular, 12 de ellos han seguido una buena evolución. Sólo un paciente falleció en el acto quirúrgico y otro al trombosarse la prótesis, en el momento de cambiar la heparina por acenocumarina. Un paciente se halla en fase IV. Se trata de un paciente con severa hipertensión arterial pulmonar e insuficiencia tricuspídea, al que se tuvo que sustituir un anillo de Carpentier por la prótesis mecánica, por calcificación y dehiscencia del anillo.

Otros tres pacientes a los que se les practicó anuloplastia de Carpentier y



que a la vez requirieron también anuloplastia de Vega, en la tricúspide, están en buenas condiciones clínicas.

## Resumen y conclusiones

1.- Durante la primera etapa de la cirugía de la valva mitral, que sólo permitió abordar la estenosis mitral pura o predominante, ya que se practicaba a corazón cerrado, los buenos resultados prácticamente sólo alcanzaban a los pacientes en fase funcional II. Sobre 44 casos, mejoraron un 59,9 % (resultados buenos y regulares). Los factores que más ensombrecieron esta modalidad de cirugía fueron la presencia de hipertensión arterial pulmonar, calcificación valvular, insuficiencia cardíaca previa al acto quirúrgico, la fibrilación auricular y las trombosis intracardíacas, hechos muy constantes en las fases evolutivas III y IV. No se indicaba la cirugía en los pacientes en fase I.

Durante la segunda década y gracias a los avances técnicos y terapéuticos, las estadísticas fueron más halagüeñas, ya que los resultados positivos alcanzaron un 79,7 %.

Cuando había discreta regurgitación mitral y aórtico-asociada, pero sin repercusión hemodinámica significativa, también se seguía esta metodología quirúrgica, de la cual diremos es sólo un recuerdo histórico, a pesar de haber incidido positivamente en el desarrollo técnico, cantidad y calidad de vida de muchos pacientes.

2.- Dada la compleja anatomía y función de la valva mitral, fue precisa la introducción de la cirugía a corazón abierto mediante circulación extracorpórea, para que se pudiera resolver globalmente la cirugía de esta valva, que para el caso de las estenosis, basta en muchas ocasiones una cirugía reparadora, mientras que cuando la anatomía es compleja, se requiere una sustitución valvular ya sea con prótesis mecánica o con bioprótesis. Los resultados obtenidos por este méto-

do han sido altamente satisfactorios a largo plazo, en un 87 % de los casos.

3.- Cuando la anatomía de la valva no permitió resolver el problema estenótico y se requirió la sustitución valvular mediante prótesis mecánica o bioprótesis, los resultados quirúrgicos, aunque buenos, no tuvieron la espectacularidad de la simple comisurotomía, puesto que fueron del orden del 71,6 % de los casos.

4.- Los casos de insuficiencia mitral crónica y el de insuficiencia mitral aguda, mejoraron notablemente ya sea con la sustitución valvular mediante prótesis mecánica, bioprótesis o anillo de Carpentier.

5.- Los pacientes con doble lesión mitral y que requirieron prótesis mecánica en un 80 % de los casos lograron un buen resultado, lo que ha conseguido mejorar notoriamente no sólo sus perspectivas de vida, sino la recuperación de su capacidad funcional y en no pocos casos su reinserción laboral.

## Bibliografía

1. Cutler, E.C., and Levine, S.A.: Cardiomyotomy and valvulotomy for mitral stenosis. Experimental observations and clinical notes concerning an operated case with recovery. *Boston Med & Surg. J.* 1923. 188: 1023.
2. Souttar, P.W.: The surgical treatment of mitral stenosis. *Brit. Med. J.* 1925. 603.
3. Bailey, CH. P.: The surgical treatment of mitral stenosis (mitral commissurotomy). *Dis Chest.* 1949. 15: 377.
4. Gibbon, J.H.: *Surgery of the chest.* W. B. Sanders. Philadelphia. 1962.
5. Lillehey, C.W.; Levy, M.J., and Bonnabeau, R. C.: Mitral valve replacement with preservation of chordae tendinae. *J. Thoracic. Cardio. Surg.* 1964. 74: 532.
6. J. Marín García y A. Casellas Bernat. Corea de (...) y su tratamiento. *Rev. Esp. Card.* 1965. n.º 4: 426.
7. Plaza Celemin, L.: Fiebre Reumática. *Cardiovascular Review-Reports.* 1983. 4: 445.
8. P.H. Benavides, F. Breton y A. Casellas Bernat: Importancia de la insuficiencia cardíaca congestiva en la selección de enfermos para comisurotomía mitral. *Arch. Inst. Card. Méx.* 1958. 5:654.

9. J. Gilbert Queralto, M. Torner Soler, A. Casellas Bernat, J. M.<sup>a</sup> Morató Portell, I. Balaguer Vintró y J. Paravisini Parra: Las embolias en la estenosis mitral y sus relaciones con la comisurotomía. Arch. Esp. Med. Int. 1960. 3:105.

10. F. Quijano Pitman, E. Sahagún y A. Casellas: Resultados tardíos en la comisurotomía mitral. Análisis de 50 casos. Arch. Inst. Card. Méx. 1961. 5:674.

11. J. Paravisini, A. Casellas Bernat, M. Devos, B. Trilla Sánchez.: La cirugía de la estenosis mitral según la vía de abordaje. Arch. Inst. Card. Méx. 1961. 1:59.

12. W.S. Fronkl and Albut N. Brest: Valvular Heart Disease. Comprehensive Evolution and Management. Davin Comp. Philadelphia. 1986.

# ANTICUERPOS ANTI-HTLV-III/LAV ENTRE LOS ADICTOS A LA HEROÍNA DE LA ISLA DE MALLORCA

J. Añes, J. Forteza Ber, M. Riera, O. Vilatorra

## Introducción

Muchas veces han ocurrido y se han ocurrido en los últimos años que nos sorprende de las primeras descripciones epidemiológicas de un nuevo proceso de elevada mortalidad caracterizada

por una infección asociada al virus del SIDA en que se han observado diversas manifestaciones clínicas de la infección por un retrovirus (Human T-lymphotropic Virus type II o Lymphocryptovirus Associated Virus de la subfamilia "Lentivirinae").

Desde los primeros casos se vio que esta nueva enfermedad tenía predilección por ciertos grupos de población, que incluían a los considerados como grupos para la adquisición de inmunodeficiencia adquirida, drogadictos, por trasfusión de sangre, y sus contactos.

La investigación epidemiológica de esta enfermedad fue la comenzó en 1984, de forma sensible y específica para detectar anticuerpos, en anti-HTLV-III/LAV, lo cual permitió establecer la seroprevalencia entre distintos grupos poblacionales. Así se ha visto que entre jóvenes adultos población sana, sin contacto con grupos de riesgo, la prevalencia de anticuerpos anti-HTLV-III/LAV es inferior al 0.2%<sup>1</sup>, mientras que en drogadictos del área de Nueva York alcanzaba ya en 1984 al 87%<sup>2</sup>.

La introducción de las pruebas serológicas ha permitido definir y a la vez aumentar el espectro de las manifestaciones de la infección por el virus HTLV-III/LAV<sup>3</sup>. En la fase I se reducen las manifestaciones clínicas conocidas hasta la fecha para definirlas o crías diagnósticas remitiendo al lector a otras de referencia<sup>4</sup>. No se conoce con certeza el porcentaje de pacientes infectados por el retrovirus que llegarán a presentar problemas graves. Estudios preliminares dan una frecuencia de SIDA al año de seguimiento de un 10% de los individuos seropositivos<sup>5</sup>. Las previsiones a largo plazo son todavía más con-

Unidad de Neumología y Tisiología.  
Departament d'Enfermetats Infeccioses i Parasitàries.  
Hospital General de la Illa de Mallorca de Palma.  
Isla de Mallorca, Palma de Mallorca.





## Originales

# PREVALENCIA DE ANTICUERPOS ANTI-HTLV-III/LAV ENTRE LOS ADICTOS A LA HEROÍNA DE LA ISLA DE MALLORCA

J. Altés, J. Forteza-Rei, M. Riera, C. Villalonga

### Introducción

Muchas cosas han ocurrido y se han escrito en los cinco años que nos separan de las primeras descripciones estadounidenses de un nuevo proceso de elevada mortalidad caracteriza-

do por infecciones oportunistas (especialmente neumonía por *Pneumocystis carinii*) y sarcoma de Kaposi en individuos sin evidencia previa de inmunodepresión primaria o secundaria<sup>1,2</sup>. Lo que se bautizó como SIDA (síndrome de inmunodeficiencia adquirida) se considera hoy como la «punta del iceberg» en que se engloban las diversas manifestaciones clínicas de la infección por un retrovirus (*Human T Lymphotropic Virus type III* o *Lymphadenopathy Associated Virus*) de la subfamilia *Lentivirinae*<sup>3</sup>.

Desde los primeros casos se vio que esta nueva enfermedad tenía predilección por ciertos grupos de población, que pasaron a ser considerados «de riesgo» para su adquisición (homosexuales masculinos, drogadictos por vía parenteral, hemofílicos, y sus contactos). La investigación epidemiológica se vio confirmada tras la comercialización, en 1984, de pruebas sensibles y específicas para detectar anticuerpos, en anti-HTLV-III/LAV, lo cual permitió establecer la seroprevalencia entre distintos grupos poblacionales. Así, se ha visto que entre donantes altruistas (población sana, sin contacto con grupos de riesgo), la prevalencia de anticuerpos anti-HTLV-III/LAV es inferior al 0,2 %<sup>4</sup>, mientras que en drogadictos del área de Nueva York alcanzaba ya, en 1984, el 87 %<sup>5</sup>.

La introducción de las pruebas serológicas ha permitido delimitar y a la vez aumentar el espectro de las manifestaciones de la infección por el virus HTLV-III/LAV<sup>6,7</sup>. En la tabla 1 se resumen las manifestaciones clínicas conocidas hasta la fecha (para definiciones o criterios diagnósticos remitimos al lector a obras de referencia<sup>8</sup>). No se conoce con certeza el porcentaje de pacientes infectados por el retrovirus que llegarán a presentar problemas graves. Estudios preliminares dan una frecuencia de SIDA al año de seguimiento de un 10 % de los individuos seropositivos<sup>9</sup>. Las previsiones a largo plazo son incluso más som-

---

Equipo de asistencia a Toxicómanos.  
Departamento de Medicina Interna (Dr. B. Cabrer). Hospital de la S.S. «Verge de Lluc» (Son Dureta). Palma de Mallorca.

brías, sobre todo para el caso de la encefalopatía progresiva.

Lejos de quedar confinado a ciertas regiones del planeta, el agente etiológico del SIDA ha ido propagándose entre los grupos de riesgo de muchos países desarrollados e infecta también a una proporción notable de población africana<sup>10</sup>. El número de casos de SIDA en Europa ha sobrepasado los 1.600 y se estima que por lo menos 100.000 europeos están ya infectados por el virus<sup>11</sup>.

Así pues, nos hallamos ante una nueva pandemia, causada por un retrovirus desconocido hasta ahora, que —transmitido por vía sanguínea o sexual— puede originar una importante letalidad. La falta de un tratamiento eficaz a corto plazo hace de las medidas preventivas el único medio de intentar el control de la propagación de la infección. Es a este respecto que resulta importante definir la prevalencia de la infección entre los distintos grupos de población en riesgo y en las diferentes regiones.

### **Material, método y resultados**

En el período comprendido entre los meses de mayo de 1985 y marzo de 1986 se han determinado los anticuerpos anti-HTLV-III/LAV, mediante el método ELISA (Organon), en el suero de 117 pacientes adictos a la heroína por vía intravenosa que fueron atendidos por el Equipo de Asistencia a Toxicómanos (Departamento de Medicina Interna) del Hospital General «Verge de Lluc» (Son Dureta) de Palma de Mallorca.

Se trata de 85 varones y 32 hembras, con edades comprendidas entre 16 y 58 años ( $\bar{x} \pm DE$ :  $23,3 \pm 5,6$ ), tiempo medio de adicción de 40 meses, y dosis media de  $337 \pm 250$  mg/día (peso en «la calle»).

En la figura 1 se resumen los motivos más frecuentes que llevaron a consulta o ingreso a nuestros pacientes. Como puede verse, el 45,5 % fueron remitidos para «screening», no pre-

sentado clínica aguda en el momento de la determinación de anticuerpos.

En la figura 2 aparecen los resultados globales: se hallaron 63 casos positivos (53,8 % de los individuos estudiados).

La Tabla 2 muestra la distribución de los resultados por sexos, no observándose diferencias significativas entre ambos sexos.

En la figura 3 se correlacionan tiempo de adicción con proporción de individuos seropositivos, demostrándose cómo un mayor tiempo de adicción se asocia a una mayor probabilidad de ser seropositivos.

En la tabla 3 se relaciona el resultado de HBsAg en suero con la presencia de anticuerpos anti-HTLV-III/LAV, y finalmente, en la tabla 4 se indica la relación entre éstos y el estado inmunario medido a través de las subpoblaciones linfocitarias (cociente T4/T8) en 36 pacientes estudiados.

### **Discusión**

#### *A. Comparación con otros estudios*

Esta serie no es más que la ampliación de los resultados obtenidos en 1985, que fueron comunicados oportunamente<sup>12</sup>. En los 62 pacientes estudiados hasta entonces hallamos un porcentaje de positivos del 41 %, casi doce puntos por debajo del porcentaje actual. Uno u otro son coincidentes con los resultados de otros estudios de prevalencia de anticuerpos anti-HTLV-III/LAV en drogadictos de distintas regiones españolas (tabla 5)<sup>13</sup>. Tan elevada seroprevalencia de la infección por este virus entre drogadic-tos sólo se ha observado en las grandes ciudades de la costa este USA y en Italia. Como reflejo de esta tendencia, obsérvese en la figura 4 la distinta proporción de casos de SIDA en cada grupo de riesgo en los diferentes países europeos. Italia y España juntas han declarado el 63 % de los drogadic-tos afectados de SIDA en Europa, y éste es el grupo de riesgo más impor-

tante entre los pacientes de SIDA de ambos países<sup>11</sup>.

#### *B. Problemas de especificidad*

Todos estos datos se apoyan en la reconocida especificidad del test ELISA HTLV-III/LAV, que se juzga superior al 95 %<sup>14</sup>. Sin embargo, en el último año comienzan a referirse falsos positivos entre drogadictos<sup>15</sup>. Por ello, algunos autores sugieren la práctica de una prueba más específica para confirmar el diagnóstico positivo por ELISA, aunque también han aparecido notificaciones aisladas de falsos positivos por el método Western Blot, al parecer por reactividad frente a antígenos de la línea celular H9, en la que crece el virus HTLV-III<sup>16</sup>. Así pues, no está todavía totalmente determinada la fiabilidad de los test serológicos, sobre todo si se realizan en sueros conservados a muy bajas temperaturas, y en individuos como los drogadictos, que se caracterizan por presentar numerosos falsos positivos biológicos<sup>17</sup>. Sea cual sea el resultado de estudios más amplios, puede aceptarse razonablemente una elevada sensibilidad y especificidad del test ELISA en los grupos de riesgo para la adquisición de SIDA<sup>18</sup>.

#### *C. Hipótesis*

Partiendo, pues, de que en nuestro país están infectados por el virus HTLV-III/LAV alrededor del 50 % de los adictos por vía parenteral, y tomando como referencia oficial sobre la cifra de heroinómanos entre 80.000 y 125.000<sup>19</sup>, se deduce fácilmente que en el plazo de un par de años podemos asistir a una explosión epidémica de las manifestación más grave de la infección (podría darse una cifra aproximada de 5.000 casos de SIDA entre los drogadictos españoles en los próximos dos años). Esta cifra, que debe tomarse sólo como especulativa, ha de llevarnos a reflexionar, en primer lugar sobre cómo se organizaría la asistencia de estos posibles nuevos casos, y en segundo lugar de qué medidas adoptar para influir posi-

tivamente sobre la progresión estimada.

Un hecho que deberá aclararse es el porqué de las divergencias regionales de seroprevalencia entre los drogadictos de distintos países, por ejemplo de España e Italia con respecto de otros países europeos. Deberían estudiarse los patrones demográficos y los hábitos en cada región, y posiblemente ahí encontraríamos la respuesta, aunque quizá, como algunos sugieren, la extensión de la infección a otros países es sólo cuestión de tiempo<sup>20</sup>.

#### *D. Medidas preventivas*

Resulta urgente establecer y difundir las medidas que tiendan a limitar en lo posible la progresión de la infección por el virus HTLV-III/LAV. Con respecto a la población adicta a drogas, deben contemplarse los siguientes puntos:

(1) Ante la positividad del test ELISA para detección de anticuerpos anti-HTLV-III/LAV en un drogadicto, éste deberá ser considerado, en tanto nos dispongamos de pruebas para el aislamiento del virus, como potencialmente contagioso. No obstante, un resultado negativo no excluye la posibilidad de un contagio reciente ni debe hacer variar el alcance de las medidas preventivas a tomar<sup>13</sup>.

(2) La transmisión de la infección entre los adictos a drogas por vía parenteral se produce casi siempre por el hecho de compartir el material de inyección (no sólo la aguja y jeringuilla, sino también el resto del equipo)<sup>21</sup>.

(3) La población drogadicta es una fuente potencial de transmisión de la infección a la población general, sobre todo a través de la relación sexual (muchas toxicómanas se ven envueltas en la prostitución).

Por lo tanto, es preciso —aparte de luchar desde todos los frentes contra el fenómeno de la heroína— generalizar entre los adictos y entre quienes tratan con ellos la información necesaria sobre los hábitos de autoinyección y



sexuales, a través de folletos o incluso de medios audiovisuales<sup>22</sup>.

Se han señalado varios factores que impiden la percepción del riesgo por parte de la población adicta<sup>23</sup>.

- el período de «latencia» relativamente largo (probablemente de tres años o más) entre la exposición al virus HTLV-III/LAV y el eventual desarrollo del SIDA.

- el relativo poco peso actual (que posiblemente no se mantenga por mucho tiempo) del SIDA en el reparto de las causas de muerte relacionadas con la drogadicción en nuestro medio, aunque quizá la infección por HTLV-III/LAV esté causando indirectamente un aumento de los procesos infecciosos graves (neumonía bacteriana, tuberculosis diseminada) considerados «no oportunistas».

- el poco efecto discriminativo de los síntomas de estados considerados como pre-SIDA (complejo relacionado con el SIDA, linfadenopatía persistente) en este colectivo, pues no es raro encontrarlo en drogadictos no infectados por virus.

A pesar de estos impedimentos, han empezado a notarse en los Estados Unidos los efectos de las campañas informativas, en el sentido de un mayor uso de jeringuillas «limpias». Así, en una encuesta efectuada en Nueva

York, se observó que había crecido la demanda de material estéril, lo que se traduce por la aparición de un nuevo fenómeno: la reventa callejera de jeringuillas «recuperadas» con la intención de ser ofrecidas como nuevas. Estos datos contradicen en parte la visión estereotipada del drogadicto al que sólo le importa inyectarse con lo que sea. Se están llevando a cabo programas piloto para facilitar la obtención de material estéril a drogadictos neoyorquinos, con resultados interesantes<sup>24</sup>. Todo ello demuestra que no deberían existir ciertos apriorismos ante estos pacientes, y que los resultados a largo plazo dependerán de cómo informemos, atendamos y, en definitiva ayudemos a nuestros drogadictos.

**TABLA I**

**Espectro de manifestaciones clínicas de la infección por el virus HTLV-III/LAV.**

- |  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>– Estado de portador asintomático</li><li>– Síndrome parecido a la mononucleosis infecciosa</li><li>– Linfadenopatía crónica persistente</li><li>– Complejo relacionado con el SIDA (CRS)</li><li>– Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)</li><li>– Encefalopatía progresiva y otras manifestaciones neurológicas (mielopatía con degeneración vacuolar, meningitis aséptica)</li></ul> |
|--|

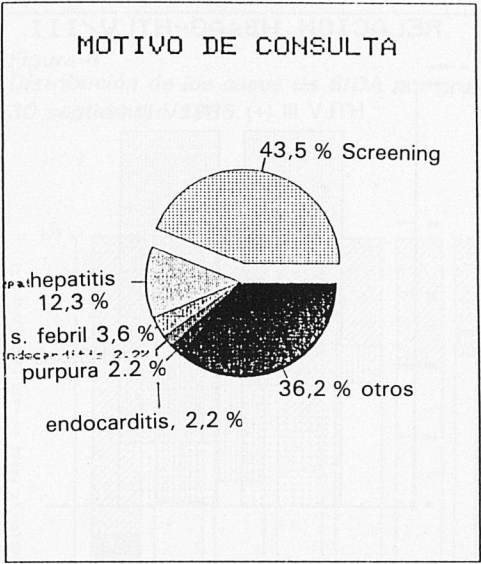


Figura 1

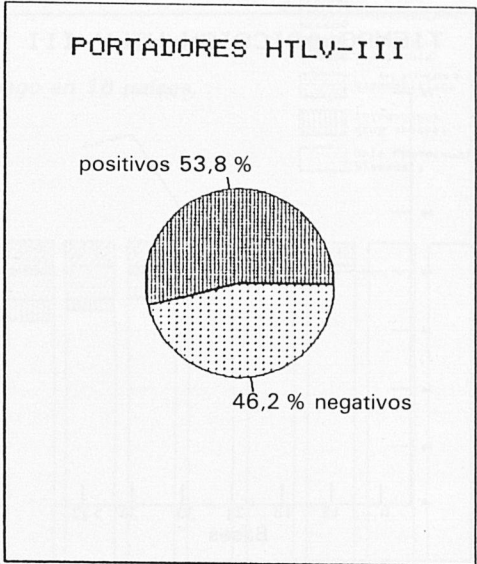


Figura 2

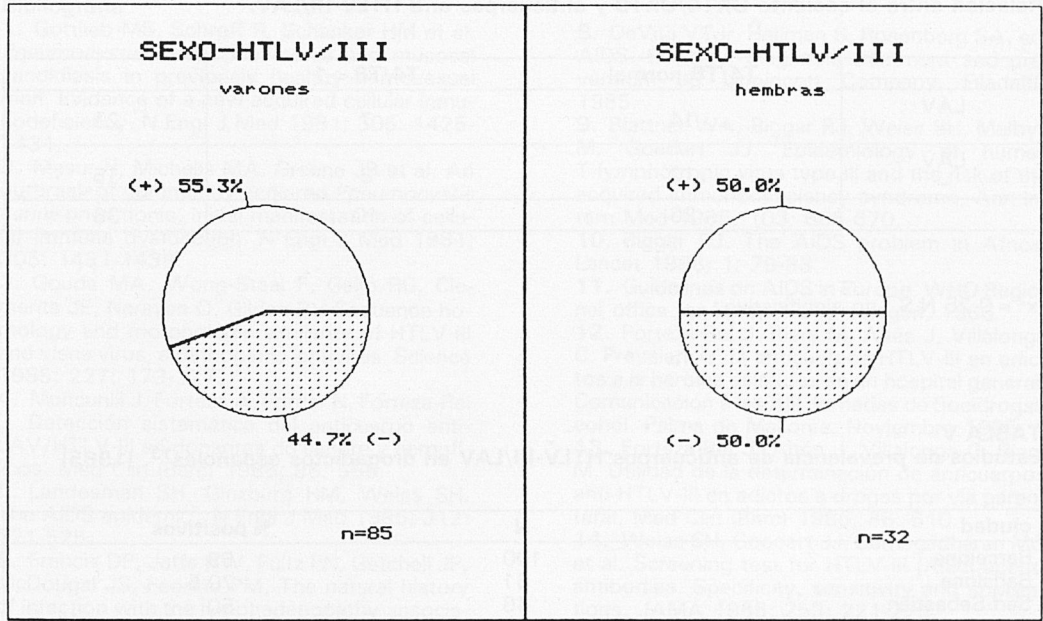
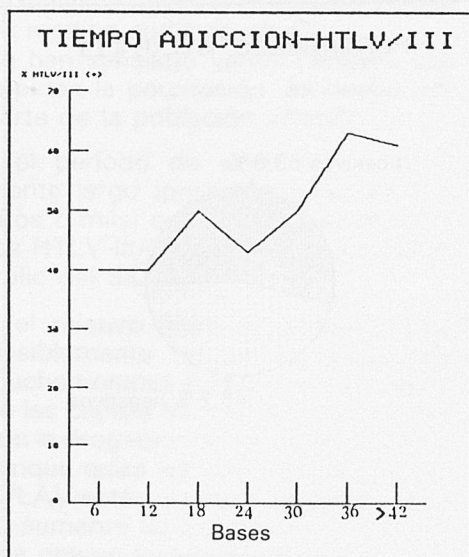
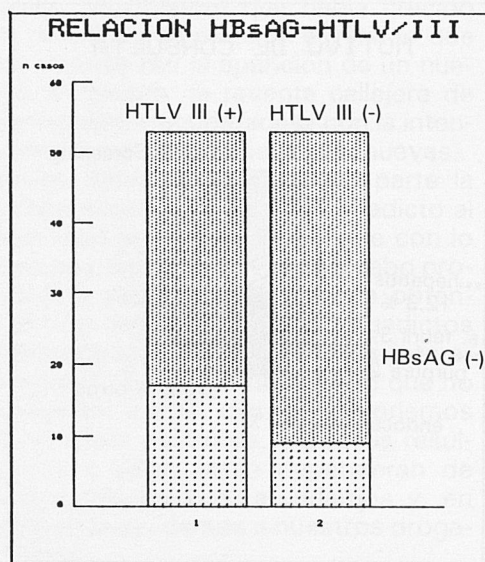


TABLA II:  
Relación entre sexo y presencia de anticuerpos HTLV-III/LAV  
Diferencias estadísticamente no significativas.



**Figura 3**  
Prevalencia de anticuerpos segun el tiempo de adicción a la heroína



**TABLA III**  
Diferencias estadísticamente no significativas

**TABLA IV**  
Relación entre el cociente OKT4/OKT8 y anticuerpos anti HTLV-III/LAV.

	T4/T8 normal	T4/T8 < 1	
LAV +	14	7	21
LAV -	12	3	15
	26	10	36

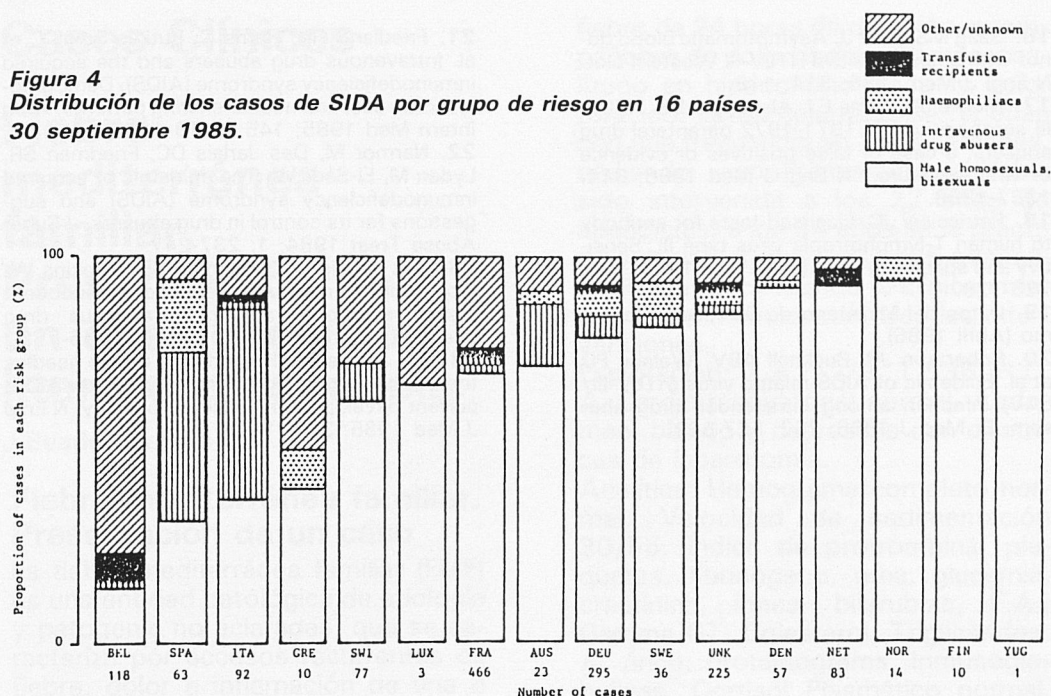
$\chi^2 = 0,25$  N.S.: no significativo.

**TABLA V**  
Estudios de prevalencia de anticuerpos HTLV-III/LAV en drogadictos españoles<sup>13</sup>. (1985)

ciudad	N	% positivos
Barcelona	100	59
Badalona	61	70.5
San Sebastián	46	50
Oviedo	76	76
Valencia	75	48



**Figura 4**  
Distribución de los casos de SIDA por grupo de riesgo en 16 países,  
30 septiembre 1985.



Fuente: Guidelines on AIDS in Europe. OMS. Oficina Regional para Europa, Copenhague 1986.

## Bibliografía

- Gottlieb MS, Schroff R, Schanker HM et al. *Pneumocystis carinii* pneumonia and mucosal candidiasis in previously healthy homosexual men. Evidence of a new acquired cellular immunodeficiency. N Engl J Med 1981; 305: 1425-1431.
- Masur H, Michelis MA, Greene JB et al. An outbreak of community acquired *Pneumocystis carinii* pneumonia. Initial manifestation of cellular immune dysfunction. N Engl J Med 1981; 305: 1431-1438.
- Gouda MA, Wong-Staal F, Gallo RG, Clements JE, Narayan O, Gilden RV Sequence homology and morphologic similarity of HTLV-III and visna virus, a pathogenic lentivirus. Science 1985; 227: 173-177.
- Muncunill J, Forteza A, Forner N, Forteza-Rei J. Detección sistemática del anticuerpo anti-LAV/HTLV-III en donantes de sangre y hemofílicos. Med Clin (Barc) 1986; 86: 565.
- Landesman SH, Ginzburg HM, Weiss SH. The AIDS epidemic. N Engl J Med 1985; 312: 521-525.
- Francis DP, Jaffe HW, Fultz PN, Getchell JP, McDougal JS, Feorino PM, The natural history of infection with the lymphadenopathy-associated virus human T-lymphotropic virus type III. Ann Intern Med 1985; 103: 719-722.
- Clotet B, Grifol M, Foz M. Síndrome de inmunodeficiencia adquirida y complejos afines. Med Clin (Barc) 1986; 86: 811-821.

- DeVita VT Jr, Hellman S, Rosenberg SA, ed. AIDS. Etiology, diagnosis treatment and prevention. JB Lippincott Company, Filadelfia 1985.
- Blattner WA, Biggar RJ, Weiss SH, Melbye M, Goedert JJ. Epidemiology of human T-lymphotropic virus type III and the risk of the acquired immunodeficiency syndrome. Ann Intern Med 1985; 103: 665-670.
- Biggar RJ. The AIDS problem in Africa. Lancet 1986; 1: 79-83.
- Guidelines on AIDS in Europe. WHO Regional office for Europe. Copenhagen, 1986.
- Forteza-Rei J, Riera M, Altés J, Villalonga C. Prevalencia de anticuerpos HTLV-III en adictos a la heroína asistidos en un hospital general. Comunicación a las XIII Jornadas de Sociodrogalcohol. Palma de Mallorca, Noviembre 1985.
- Forteza-Rei J, Altés J, Villalonga C, Riera M. Utilidad de la determinación de anticuerpos anti-HTLV-III en adictos a drogas por vía parenteral. Med Clin (Barc) 1986; 86: 610.
- Weiss SH, Goedert JJ, Sarnagadharan MG et al. Screening test for HTLV-III (AIDS agent) antibodies. Specificity, sensitivity and applications. JAMA 1985; 253: 221-225.
- D'Aquila R, Williams AB, Kleber HD, Williams AE. Prevalence of HTLV-III infection among New Haven, Connecticut, parenteral drug abusers in 1982-1983. N Engl J Med 1986; 314: 117-118.

16. Saag MS, Britz J. Asymptomatic blood donor with a false positive HTLV-III Western blot. *N Engl J Med* 1986; 314: 118.
17. Moore JD, Cone EJ, Alexander SS. HTLV-III seropositivity in 1971-1972 parenteral drug abusers: a case of false positives or evidence of viral exposure.? *N Engl J Med* 1986; 314: 1387-1388.
18. Petricciani JC. Licensed tests for antibody to human T-lymphotropic virus type III. Sensitivity and specificity. *Ann Intern Med* 1985; 103: 726-729.
19. Datos del Ministerio de Sanidad y Consumo (Abril 1986).
20. Robertson JR, Bucknall ABV, Welsby PD et al. Epidemic of AIDS related virus (HTLV-III/LAV) infection among intravenous drug abusers. *Br Med J* 1986; 292: 527-529.
21. Friedland GH, Harris C, Butkus-Small C et al. Intravenous drug abusers and the acquired immunodeficiency syndrome (AIDS). Demographic, drug use, and needle-sharing patterns. *Arch Intern Med* 1985; 145: 1413-1417.
22. Narmor M, Des Jarlais DC, Friedman SR, Lyden M, El-Sadr W. The epidemic of acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) and suggestions for its control in drug abusers. *J Subst Abuse Treat* 1984; 1: 237-247.
23. Des Jarlais DC, Friedman SR, Hopkins W. Risk reduction for the acquired immunodeficiency syndrome among intravenous drug users. *Ann Intern Med* 1985; 103: 755-759.
24. Des Jarlais DC, Hopkins W. «Free» needles for intravenous drug users at risk for AIDS: current developments in New York City. *N Engl J Med* 1985; 313: 1476.

# Casos Clínicos

## Fiebre mediterránea familiar.

### Presentación de un caso. Revisión literatura española

J. Buades Reinés

#### Fiebre mediterránea familiar. Presentación de un caso

La fiebre mediterránea familiar (FMF) es una entidad patológica de etiología y patogenia no aclaradas, que se caracteriza por accesos recurrentes de fiebre, dolor e inflamación de una o varias serosas, siendo el peritoneo la más frecuentemente afectada. Manifestándose con dolor abdominal, dolor torácico, dolor articular y en menor cuantía lesiones cutáneas. Los episodios son autolimitados, no presentando molestias en los períodos intercríticos, iniciándose en la mayoría de los casos en la juventud. El motivo de dicha publicación es el haber diagnosticado un caso de FMF que a continuación presentamos.

**CASO CLINICO:** M.S.B. Mujer de 64 años, de descendencia judía, en cuyos antecedentes familiares destaca padre muerto a los 28 años por proceso infeccioso, madre 90 años, actualmente viva, que refiere episodios de dolor abdominal y fiebre desde la juventud. Una hermana de 68 años sin antecedentes de interés.

A los 21 años empezó con crisis de

fiebre de 24 horas de duración, acompañadas de dolor abdominal más localizado en hipocondrio izqdo. y dolor torácico. Estos episodios se repetían con una frecuencia de 2 a 3 semanas, cediendo espontáneamente. Había sido intervenida a los 22 años de apendicitis, a los 34 años se le practicó colecistectomía y a los 36 ovariectomizada, persistiendo la clínica anteriormente mencionada, tras las intervenciones.

Exploración: T.A. 12/8. T.<sup>a</sup> 36,5° C. A. Cardiorrespiratoria: normal. Abdomen: blando y depresible con cicatrices de laparotomía.

Análítica: Hemograma completo normal. Velocidad de sedimentación 30/55. Índice de protrombina, plaquetas, fibrinógeno, urea, glucemia, creatinina, iones, bilirrubina, F.A., Gamma GT, Colesterol, Triglicéridos, A. úrico, proteinograma, Inmunoglobulinas, Cortisol Plasmático normal. Factor reumatoide (-). Anticuerpos Antinucleares (-). Orina completa y sedimento normal. Porfirinas (-). Estudio del complemento y Crioglobulinas (-).

R.X. de tórax: Normal. R.X. Abdomen simple: Normal.

Ecografía Abdominal: Normal.

ECG y Holter cardíaco: Normal.

**DISCUSION:** La FMF es un trastorno hereditario, autosómico recesivo, descrito en determinados grupos étnicos: judíos sefarditas, askhenazis, armenios y árabes del área oriental.

Siegal<sup>1</sup> en 1945 publicó el primer estudio sobre esta entidad, que denominó Peritonitis Paroxística Benigna y la diferenció como una nueva enfermedad. Reiman<sup>2</sup> en 1948-49 presenta una serie de casos de enfermedad periódica. Posteriormente autores franceses, especialmente Mamou<sup>3</sup>, Catan y Siguier<sup>4</sup> describen las manifestaciones nefrológicas de esta entidad. Pero son Sohar y Cols.<sup>5</sup> quienes publican en 1967 la casuística más extensa, 470 casos, en donde de una manera

---

J. Médico Adjunto. Departamento de Medicina Interna (Dr. B. Cabrer Barbosa) Hospital General «Virgen de Lluç». Palma de Mallorca.



clara fijan los conceptos más importantes de esta entidad.

En España, esta enfermedad ha sido descrita recientemente. En la revisión que hemos realizado la primera publicación encontrada corresponde a Calvo<sup>6</sup> en 1962 y posteriormente Botella<sup>7</sup> en 1965. Desde entonces han aparecido publicaciones aisladas, la de Abad Alonso<sup>8</sup> en 1973, Siso<sup>9</sup> en 1977, Muñoz<sup>10</sup> en 1979, Cuevas<sup>11</sup> en 1980. En nuestro medio en 1979 y 1982 (Buades<sup>12,13</sup>) publicamos unas colaboraciones sobre la FMF al haber diagnosticado varios casos en nuestra isla. En 1981 Dalmau<sup>14</sup> publica una revisión de 15 casos todos ellos procedentes de familias de origen mallorquín. En 1982 Ranero Díaz<sup>15</sup> publica tres casos de una misma familia afectados de FMF con amiloidosis renal. En 1985 Montalbán<sup>16</sup> describe un nuevo caso, realizando la prueba diagnóstica de provocación con Metaraminol y es Vivancos<sup>17</sup> en el mismo año quien describe la máxima casuística publicada con 16 casos.

Se han descrito en esta entidad dos fenotipos.<sup>5</sup> En el fenotipo I, que es la variante más común, se caracteriza por ataques de fiebre y serositis, describiéndose ocasionalmente la amiloidosis. En el fenotipo II, la amiloidosis es la primera o única manifestación de la enfermedad. Sobre su etiopatogenia se han descrito múltiples agentes causales, pero, tras los últimos trabajos publicados por Matzner,<sup>18,19</sup> objetivó en estos pacientes una disminución de la actividad del Inhibidor del C<sub>5</sub>a en el líquido peritoneal y en el líquido articular. Y dado que el C<sub>5</sub>a es un potente mediador de la inflamación, cabe pensar que la deficiencia del inhibidor del C<sub>5</sub>a puede tener un papel importante en la patogenia de la FMF<sup>20</sup>.

Para el diagnóstico de dicha enfermedad se exige una serie de criterios clínicos y para ello, se han elaborado una serie de signos mayores: 1-Fiebre, 2-Dolor abdominal, 3-Dolor torá-

cico, 4-Dolor articular, 5-Lesiones cutáneas y una serie de signos menores:

a) Velocidad de sedimentación elevada, b) Leucocitosis, c) Fibrinógeno sérico elevado. Exigimos tres criterios mayores y un criterio menor, tal como presentaba esta paciente. Además de una historia familiar positiva y/o la presencia de amiloidosis.

Barakat<sup>21</sup> en 1984 publicó una prueba de provocación diagnóstica con Metaraminol, que consiste en administrar 10 mgrs. de Metaraminol en 4 horas en suero fisiológico desencadenándose un ataque típico en los casos afectados de FMF.

El diagnóstico diferencial se realizará con los cuadros de apendicitis, colecistitis, úlcus, pelviperitonitis, porfiria aguda intermitente, pancreatitis e ilios abdominales, así como con cuadros de dolor torácico y dolor articular. Pero si tenemos en cuenta que la mayoría de las veces se trata de pacientes jóvenes, de orígenes judíos, que presentaban cuadro de dolor abdominal, fiebre y dolor torácico, así como dolor articular, el diagnóstico clínico de FMF tiene que tenerse presente, pudiendo corroborarse con la prueba diagnóstica del Metaraminol. El tratamiento de estos pacientes ya desde las primeras publicaciones de Mamou<sup>3</sup>, es administrando Colchicina. Las dosis son generalmente de 1 a 3 comp./diarios según precise el paciente, actuando de manera profiláctica, disminuyendo la frecuencia de los accesos de dolor o su intensidad.

## Bibliografía

1. Siegal, S: Benign paroxysmal peritonitis. Ann. Int. Med. 1945. 23: 1.
2. Reimann, H.A: Periodic disease: A probable Syndrome Including periodic fever, benign paroxysmal peritonitis, cyclic neutropenia and intermittent arthralgia. Jama, 1948, 136: 239.
3. Mamou, H y Cattani R: La maladie périodique (sur 14 cas personnels dont 8 compliqués de néphropathies) Semaine Hop. París, 1952. 28: 1062.
4. Siguier, F. et al: Maladies périodiques á formes dégradées évoluant chez plusieurs membres

d'une famille. Bull. Mém. Soc. Méd. Hop. Paris, 1953, 69: 679.

5. Sohar, et al: Familial Mediterranean Fever. A Survey 470 cases and Review of the literature. Am. J. Med. 1967, 43: 227.

6. Calvo Melendro, J. et al: Fiebre Mediterránea Familiar. Medicina Clínica, Barcelona. 1962, 38: 2: 121.

7. Botella, J. et al: Síndromes nefróticos de etiología infrecuente. I reunión de la Sociedad Española de Nefrología. Madrid, mayo 1965.

8. Abad Alonso J.A., et al: Fiebre Familiar Mediterránea con Amiloidosis. Rev. Clin. Española. 1973, tomo 130, n.º 2.

9. Siso A., y col.: Estudio de una familia española afecta de Fiebre Mediterránea Familiar. Rev. Clin. Española. 1977, tomo 144, n.º 4.

10. Muñoz J.R., y col.: Fiebre Mediterránea Familiar con amiloidosis. Hospital General. 1979 Mayo-Junio.

11. Cuevas y col.: Fiebre Mediterránea Familiar e insuficiencia renal. Sedyt, 1980. II/4, 113-114.

12-13. Buades J., y col.: Fiebre Mediterránea Familiar. Jano, n.º 392, 33-41, 1979. Amiloidosis y Fiebre Mediterránea Familiar. Jano 1982; 163: 373.

14. Dalmau M., y col.: Fiebre Mediterránea Familiar. Revisión de 15 casos. Rev. Clin. Española. 1981, tomo 163, n.º 6.

15. Raneó R. y col.: Fiebre Mediterránea Familiar con amiloidosis renal en una familia gallega. Rev. Clin. Española. 1982, tomo 164, n.º 1.

16. Montalbán J: Prueba de provocación con metaraminol en la Fiebre Mediterránea Familiar. Medicina Clínica. 1985 vol. 85, n.º 10 pág. 430.

17. López Vivancos J. et al. Fiebre Mediterránea Familiar. 16 Casos. Medicina Clínica. 1985, vol 85, pag. 213.

18. Matzner Y y Brzezinski A. C<sub>5a</sub> -Inhibitor deficiency in peritoneal fluids from patients with Familial Mediterranean fever. N. Eng. J. Med. 1984, 311: 287.

19. Matzner Y y cols. A chemotactic inhibitor in synovial fluid. Immunology. 1983, 49: 131.

20. Schwabe A.D. y Lehman J.A. C<sub>5a</sub> -Inhibitor deficiency a role in Familial Mediterranean fever. N. Eng. J. Med. 1984, 311: 325.

21. Barakat M.H. Metaraminol provocative test: A specific diagnostic Test for familial mediterranean fever. Lancet, 1984, 1: 656-7.





## Revisiones

### Anorexia nerviosa: ¿Síndrome confuso o confuso síntoma?

N. Llaneras Manresa  
M. Roca Bennasar

A pesar de la frecuencia y gravedad del cuadro, la anorexia nerviosa sigue siendo una de las entidades clínicas más discutibles y discutidas en el campo de la psicopatología. Existen evidencias crecientes en favor de una etiopatogenia múltiple, con participación no sólo del sistema nervioso sino también del sistema endocrino. La relevancia de los factores ambientales sigue produciendo gran cantidad de literatura especializada. El DSM-III, la más utilizada nosología psiquiátrica actual, lo considera como un trastorno específico, recalcando la sintomatología del «miedo a engordar» y la «alteración de la imagen corporal». Creemos que numerosos casos se apartan de estos criterios diagnósticos y obligan a replantear la anorexia como entidad clínica. Trastornos afectivos, trastornos obsesivo-compulsivos y psicosis incipientes serían los cuadros clínicos susceptibles de englobar a la anorexia nerviosa.

Resulta fácil distinguir varias etapas en el estudio de la problemática planteada por la anorexia nerviosa. La descripción inicial del cuadro, compartida por el internista inglés Gull con otros dos clínicos, Morton y Lasegue, se remonta a mediados del siglo XIX. Se trata de un conjunto de descripciones sumamente cuidadoso (Gull, 1874; Lasegue, 1873), como es habitual en la época, con poco que envidiar a los

análisis actuales. Gull ya dejó claro que la enfermedad «afecta a hombres y mujeres» y señaló la presencia dominante de anorexia, caquexia, amenorrea y estreñimiento, acompañados de bradicardia, hipotermia y gran actividad motora. Gull recomendaba el siguiente tratamiento, verdadero compendio de sentido común: «tranquilidad, calor, comidas frugales y regulares, así como una enfermera enérgica». Se hacían en el siglo XIX múltiples observaciones adicionales, a veces simplemente curiosas, cuya importancia no ha sido estudiada desde entonces de forma sistemática: características fenotípicas del individuo y de sus progenitores, ausencia de apatía, interés del paciente por la elaboración de recetas culinarias, etc.

Una segunda etapa viene dominada por las concepciones psicoanalíticas (Freud, 1895, 1905, 1927; Sours, 1974, para una revisión de las aportaciones clásicas del psicoanálisis al tema). La anorexia es interpretada confusamente como una neurosis, pero los propios textos psicoanalíticos refieren franca contaminación de síntomas anoréxicos en múltiples cuadros histéricos, melancólicos, etc. La posible vinculación con la histeria llevará tan pronto a plantearlo como síndrome de conversión en algunos casos, como manifestación del binomio anorexia-frigidez en otros. En conjunto, una plaga de abrumadoras contradicciones, habitual en la metodología psicoanalítica, sin la posibilidad menor de falsación en el seno de una psicopatología científica. Sours, en el texto citado, resume así las constelaciones psicodinámicas sobre la anorexia: deseos de muerte contra la madre o sentimientos de culpa a raíz de la agresión contra la madre en relación con el conflicto edípico; relación seductora e hiperdependiente con el padre; rechazo del deseo de estar embarazada; identificación femenina con sujetos varones...

Capítulo aparte merecen las conside-

raciones de Binswanger (1958) aunque se ciñan prácticamente a un solo caso, el famoso «caso Ellen West». Para Binswanger se trataba de una esquizofrenia, el cuadro clínico de una joven con larguísima historia de síntomas –predominantemente anoréxicos– y de terapeutas –predominantemente psicoanalistas–. Un examen a la luz de los conocimientos actuales no permite compartir el criterio diagnóstico ni las medidas terapéuticas emprendidas, pero se trata de la primera vinculación del cuadro con las psicosis, con la esquizofrenia en definitiva, aunque se produzca en el interior de unos planteamientos dotados de confusa nosología al respecto. Podría hablarse de una cierta etapa, muy escueta, estrictamente «neurológica» de la enfermedad. En cualquier caso, la incorporación de factores endocrinológicos, conductuales, va a dar definitivamente entrada a una concepción etiopatogénica múltiple. Dominará la evidencia de que sistema nervioso y sistema endocrino funcionan al unísono y que, al formar el sustrato biológico de cualquier conducta compleja como la alimentaria, el problema precisará de dicho enfoque: el eje hipotálamo-hipofisario como mediador central de gran parte de acciones humanas. Múltiples evidencias en este sentido se han ido acumulando hasta llegar a las más recientes en torno al papel del zinc en el cuadro (Bakan, 1979, 1984; Bryce-Smith y Simpson, 1984).

En psicopatología, continúa la práctica inexistencia de pruebas biológicas fiables de cara a una perspectiva diagnóstica y, por otro lado, la psicometría sigue siendo de escasa utilidad al respecto. La nosología se mueve en torno al eje central de las descripciones clínicas. Por lo que se refiere a la anorexia, estas descripciones son poco uniformes, con escasos denominadores comunes. La mayor parte de autores coincide en afirmar que el pronóstico fatal tiene un elevado riesgo, en-

tre el 8 y el 15 por ciento (Schutze, 1983). El resto es pura controversia. Sin ir más lejos, la clasificación más utilizada actualmente en psiquiatría, el DSM-III, considera una serie de rasgos esenciales en una definición muy poco operativa según buena parte de clínicos (ver tabla).

DSM-III  
Trastornos de la conducta alimenticia  
Anorexia nerviosa

- 1.– Miedo intenso a engordar, que no disminuye a medida que se pierde peso.
- 2.– Alteración de la imagen corporal (por ejemplo, queja de «sentirse gordo»).
- 3.– Pérdida de peso de al menos un 25 por ciento del peso original.
- 4.– Negativa a mantener el peso corporal por encima del mínimo normal según la edad y talla.
- 5.– Ausencia de enfermedades somáticas que justifiquen la pérdida de peso.

Nos parece relevante que el acento no se coloque en la anorexia propiamente dicha, cosa que constituiría un error de grueso calibre. Es más discutible, en cambio, que se condidere relevante la percepción de una autoimagen corporal distorsionada. En nuestra experiencia, los varones prácticamente nunca se ajustarían a estas definiciones, como si el DSM-III hubiera edificado sus criterios nosológicos pensando sólo en anorexias mentales femeninas. En nuestra reciente casuística figura el caso de una niña de 11 años –una de las más tempranas en inicio, hasta donde sabemos– con una elaboración de «síndrome de Peter Pan» desde su perspectiva de justificación a la negativa de ingesta. En esta niña faltarían absolutamente todos los requisitos, excepto de enfermedad no psiquiátrica y la pérdida de peso, por citar un ejemplo reciente. Igualmente, invocaciones a una forma de presión cultural en favor de una estética de la delgadez, están ausentes en los dos casos reseñados. Una revisión de las publicaciones últimas en la literatura psiquiátrica, así

como nuestras observaciones, permiten trazar el siguiente panorama:

A) El cuadro es SIEMPRE más complejo que la tríada clásica de amenorrea, anorexia, adelgazamiento («diada» en varones).

B) El trastorno del patrón alimentario va desde el rechazo activo a ingerir la comida suficiente hasta los esfuerzos por la no absorción (eméticos, vómitos autoprovocados, uso de laxantes) (Dally, 1979). Dietas hipocalóricas férricas.

C) La edad de comienzo es muy variable. Se han descrito casos entre 11 y 35 años. En las mujeres, el 87 por ciento estaría comprendido en los cinco años posteriores a la menarquia (Hsu, 1980).

D) La sintomatología presente en ambos sexos es muy parecida, aunque la presencia de factores de presión social sea mucho más frecuente en mujeres. El cuadro del varón es, en el resto, muy similar al femenino. Igual ocurre en torno al pronóstico. (Vandereycken y Van der Brouke, 1984).

E) Los datos de las variables endocrinológicas no tienen gran especificidad. En general, según los autores, parecen corresponder más a una consecuencia de las alteraciones nutricionales y ponderales (Weiner, 1981; Fichter, 1981).

F) La dismorfofobia es frecuente en personas con tres tipos de personalidad bien definidas: los esquizoides, los narcisistas y los obsesivos. Esta dismorfofobia tendría graves componentes de influencia cultural y podría encontrarse en conductas anoréxicas por un lado o bulímicas por otro. (Touya, 1982; Thomas, 1984; Szmukler, 1984).

G) La confusión dominante no es menor por lo que respecta a datos psicogénicos. Dependencia materna, actitudes agresivas, tono depresivo premórbido, personalidad anancástica, dificultad en relaciones duales y sociales, son los parámetros más recalcados. Pocos datos hay en favor de una

personalidad premórbida típica. Recientes trabajos hablan en favor de que las alteraciones del apetito y el excesivo sentimiento de culpa en familiares de depresivos llevan a un número de depresiones dos veces superior. La sugerencia es que los trastornos del apetito actuarían como importantes predictores de riesgo, sugiriéndose que los mecanismos de las formas depresivas y los mecanismos reguladores del apetito tendrían una vinculación cierta (Berger, 1980; Leckman, 1984).

H) Una «predisposición genética común» para estos dos cuadros, anorexia y depresión, vendría señalada con los trabajos en torno a la alta incidencia de HLA en la anorexia. Como se sabe, los antígenos de histocompatibilidad leucocitaria (HLA) han sido involucrados con los trastornos afectivos. El resultado de los trabajos ha sido una mayor presencia de HLA en pacientes con anorexia (Biederman, 1984). En el fondo de la cuestión, reaparecía la hipótesis inmunológica en determinados trastornos psicoapatólogicos.

Como puede observarse existe una cierta diseminación de datos, a los que podría precisamente achacarse su escasa vinculación con los problemas clínicos y aun nosológicos. Creemos que estos resultados obligan primero a considerar la anorexia como un conjunto de alteraciones que en ocasiones pueden no constituir un trastorno específico, sino formar parte de otra entidad clínica; y, en segundo lugar, localizar cuál de estas entidades clínicas se contamina o se inicia con la sintomatología anoréxica. El cuadro es excesivamente complejo como para enmarcarlo en una pura fobia a la comida o a engordar. En cambio, componentes obsesivos premórbidos se encuentran en numerosas ocasiones y se echa en falta un seguimiento a largo plazo de estos pacientes para ver si una sintomatología obsesiva clara y dominante acaba consolidán-



dose. El mismo defecto encontramos en la hipótesis de una psicosis tipo esquizofrénico cuyos pródromos pudieran ser los de pacientes anoréxicos, cosa muy compatible con la edad y las formas de inicio de este tipo de psicosis. Finalmente, como hipótesis más probable según los datos actuales, enfocar la anorexia como un trastorno afectivo tipo depresivo obliga a un estudio preliminar más acusado, a una valoración de posible cuadro cíclico con esta primera fase temprana o a una forma pura de tipo depresivo. Cuadros afectivos, obsesivos y psicosis esquizofrénica pueden constituir la triada de elección de cara a la consideración de la anorexia no como una entidad clínica específica sino como formando parte de cuadros más complejos. La larguísima controversia de las llamadas psicosis esquizoafectivas podría formar parte del litigio, sobre todo si tenemos en cuenta cómo estos casos constituyen un turbio líquido psicopatológico que se va cambiando de vaso, como si ello fuera a aclarar la cuestión.

Estos pacientes han sido tratados de todas las formas imaginables y todos los tratamientos suelen apuntarse algún éxito y sin duda muchos fracasos. Probablemente deben intentarse los psicofármacos antidepresivos, el aislamiento en clínica, la alimentación forzada, las técnicas de refuerzo conductista y las psicoterapias del pelaje que sean. No existe un tratamiento específico ni estudios experimentales suficientes que apoyen de forma clara una conducta terapéutica.

Algunos pacientes se ha recuperado «después de la conversión al catolicismo, mano firme en el hogar, desarrollo de intereses musicales o postlaparatomía» (Mc Culloch y Tupper, 1940). La cita expresa el galimatías conceptual en que se mueve esta clínica misteriosa.

## Bibliografía

1. Bakan, R. 1979. The role of zinc in anorexia nervosa: aetiology and treatment. *Med. Hypoth.* 5: 731-736.
2. Bakan, R. 1984. Anorexia and zinc. *The Lancet.* (ed. esp. 6,5: 150).
3. Berger, M. 1980. Neuroendocrinological and neurophysiological studies in major depressive disorders. *Biol. Psychiatry*, 17: 1217-1242.
4. Biederman, J. 1984. High frequency of HLA-Bw16 in patients with anorexia nervosa. *Am. J. Psychiatry*, 141: 1.109-1.110.
5. Binswanger, L. 1958. The case of Ellen West. *Nyork, Basic Books.*
6. Bryce Smith, D; Simpson, R. 1984. Anorexia nervosa and zinc. *The Lancet.* (ed. esp.), vol.5, 6: 441-442.
7. Dally, P. 1979. *Anorexia nervosa.* W. Heineman. London.
8. Fichter, M.M. 1982. Behavioral, attitude, nutrition, and endocrinology in anorexia nervosa. *Acta Psychiatrica Scan*, 66: 429-444.
9. Freud, S. (1905, 1927). «Obra completa». Ed. castellana, Bibl. Nueva, Madrid, 1968.
10. Gull, W. (1874). *Anorexia nervosa.* Transaction of the Clinical Society of London, 22-28.
11. Hsu, H. U. 1980. Outcome of anorexia nervosa. A review of the literature, 1945 to 1978. *Arch. Gen. Psych.* 37: 1041-1046.
12. Lasague, Ch. 1873. De l'anorexia hysterique. *Archives Gen. Med*, 21: 385-403.
13. Leckman, JF. 1984. Appetite Disturbance and excessive guilt in major depression. *Arch. Gen. Psych.* 41: 839-844.
14. Schutze, G. 1983. *Anorexia nervosa.* Verlag Hans Huber, 1980. Se cita por la versión cast. Herder, Barcelona.
15. Sours, JA. 1974. The anorexia nervosa syndrome. *J. Psychoanal.* 55: 567-579.
16. Szmukler, G. 1984. Body image disturbance in anorexia nervosa. *Brit. J. Psych.* 144: 553.
17. Thomas, C.S. 1984. Dysmorphophobia: a question of definition. *Brit. J. Psych.* 144: 513-516.
18. Touyz, S.W. 1984. Body shape perception and its disturbance in anorexia nervosa. *Brit. J. Psych.* 144: 167-171.
19. Vandereycken, W. and Van der Brocke, S. 1984. Anorexia Nervosa in males. *Acta Psych. Scand.* 70: 447-454.
20. Weiner, H. 1981. The aberrant reproductive endocrinology of Anorexia Nervosa. En *Brain, behavior and bodily disease.* Raven Press. N. York.

# Revisiones

## Actualización en enfermedades venéreas

A. Montis Suau

### Introducción histórica

A principios de siglo las enfermedades venéreas se clasificaban en sífilis, blenorragia, chancro blando y linfogranulomatosis inguinal benigna, recibiendo respectivamente los nombres de primera, segunda, tercera y cuarta enfermedad venérea en memoria de Venus, diosa del amor. Era notable la prevalencia de la sífilis y blenorragia. No se disponía de un tratamiento satisfactorio y la sífilis terciaria era temible por sus graves lesiones en el sistema nervioso y aorta. Con esta perspectiva el miedo a contraer una enfermedad venérea era una realidad<sup>1</sup>.

La penicilina se mostró altamente eficaz frente al *treponema pallidum* y frente a la *neisseria gonorrhoeae*, a partir de la introducción de tal fármaco la incidencia y prevalencia de tales dolencias comenzó a decrecer, e incluso se llegó a pensar en una posible desaparición de tales infecciones. La pérdida del miedo a contraer una enfermedad venérea, el cambio de la actitud frente al sexo, las pastillas anticonceptivas, la escalada de la pornografía, el turismo masivo, el declive de la moralidad pública, etc., etc., han conllevado un resurgir de tales infecciones.

La posible transmisión sexual del virus. H.T.L.V III., promotor principal del síndrome de la inmunodeficiencia adquirida (S.I.D.A.) y la aparición de gonococos productores de  $\beta$ -lactamasa representan dos serios hechos epidemiológicos<sup>2,3</sup>.

---

Académico electo de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Palma de Mallorca

Algunos grupos de virus papova causantes de las verrugas genitales pueden dar lugar a alteraciones citológicas de carácter neoplásico (neoplasia cervical intraepitelial)<sup>4</sup>, que podrían progresar a carcinoma invasivo de cérvix. El hecho de que determinados virus papova actúen como oncógenos y se puedan transmitir sexualmente, ha hecho que algunos autores hayan utilizado el preocupante término de cáncer de transmisión sexual.

E.T.S. Historia:

- Enfer. venéreas
- Penicilina
- Cambio de la actitud frente al sexo
- Resistencia a los antibióticos
- Nuevas E.T.S.
- Cáncer y E.T.S.

### Concepto de E.T.S.

Con la finalidad de poder estudiar y tratar mejor a tales pacientes se vio la conveniencia de trabajar en equipos compuestos por dermatovenerólogo, microbiólogo, urólogo, ginecólogo y psiquiatra o psicólogo. Estos cinco especialistas con personal subalterno formarían un centro de enfermedades de transmisión sexual (E.T.S.). Ya no se habla de enfermedades venéreas, sino de E.T.S., y de medicina genitourinaria en vez de venereología.

E. venéreas → E. transmisión sexual (E.T.S.)

Venerología → Medicina genitourinaria

### E.T.S. Incidencia

El capítulo de E.T.S. es más amplio, abarcando las siguientes infecciones por orden de frecuencia<sup>5,6</sup>.

E.T.S. incidencia:

- Uretritis no específica
- Uretritis gonocócica
- Papilomas genitales
- Candidiasis
- Herpes simple
- Pediculosis púbica
- Sífilis
- Sarna

- Tricomoniasis
- Molluscum contagiosum
- Chancroide = chancro blando

Se ha demostrado que algunas enfermedades, como la hepatitis B, pueden ser transmitidas sexualmente.<sup>7</sup>

No todas las E.T.S. son forzosamente de transmisión sexual, hay otros posibles mecanismos de contagio.



Fig. 1  
Las verrugas genitales no son siempre forzosamente de transmisión sexual.

## Laboratorio

En los centros de E.T.S., es corriente la investigación bacteriológica de uretra, cérvix, recto y faringe, encontrándose con frecuencia colonización bacteriana en varios lugares en el mismo paciente.

Con los cultivos en medio de Thayer-Martin se han detectado varones asintomáticos portadores de gonococos. La investigación de anticuerpos frente al virus del herpes hominis tipo II, permite, determinando sucesivos títulos, distinguir entre primoinfección y reinfección herpética.

Ante cualquier úlcera genital es obligado investigar treponema pallidum dada la existencia de chancros sífilíticos clínicamente atípicos.

Rutinariamente se practica serología luética. Todavía se carece de una prueba específica cien por cien para el diagnóstico de la sífilis. Pueden fallar desde la reacción de Wasserman al F.T.A. - A.B.S.<sup>8</sup>

E.T.S. laboratorio

- Frotis uretral sin haber orinado
- Muestras de varios puntos (uretra, cérvix, faringe; recto)
- Siempre serología reagínica
- F.T.A. - A.B.S. falla también
- Úlceras, campo oscuro

## Pronóstico

En el inicio de la era penicilínica, etapa triunfalista, los expertos decían: enfermedades venéreas diagnosticadas precozmente = tratamiento precoz = enfermedades poco graves. La posible adquisición de la hepatitis B y el S.I.D.A. hace que el pronóstico de la aventura sexual sea reservado.

E.T.S. pronóstico

- Diagnóstico precoz = tratamiento precoz = enfermedades poco graves
- S.I.D.A.
- ¿Cáncer de transmisión sexual?

## Tratamiento

Cabe subrayar los siguientes puntos:

- Uretritis no específica: más del 50 por cien son producidas por clamydias, seguidas de mycoplasma hominis. Responden a las tetraciclinas.<sup>9</sup>

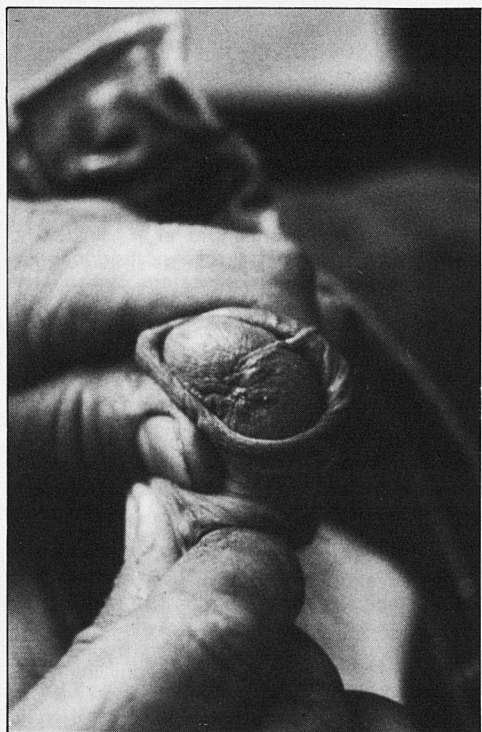
Se aconsejan dosis de 1,5-2 gr. día de clorhidrato de tetraciclina durante 15 días. El clorhidrato de tetraciclina debe tomarse 1 hora antes de las comidas o dos horas después con bacilo láctico para favorecer la tolerancia digestiva. Si se mezcla con alimentos pierde actividad.

La minociclina doxiciclina, ledermicina y otras tetraciclinas son igualmente eficaces a dosis equivalentes. Incluso algunas uretritis no específicas clamydial negativa responden a la tetraciclina<sup>10</sup>.

Es fundamental explicar al paciente afecto de uretritis no específica la posibilidad de no respuesta a la tetraciclina para prevenir neurosis y tratamientos múltiples. Hay que reasegurarle sobre la benignidad de tal proceso.

- Uretritis gonocócica: el tratamiento de elección es la amoxicilina 3,5 gr.





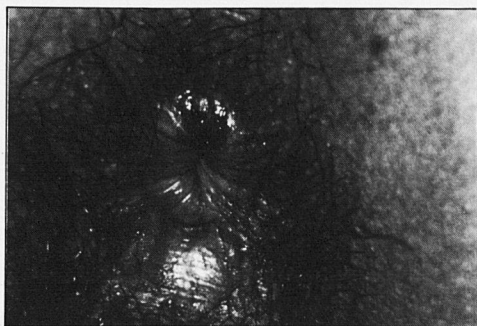
*Fig. 2*  
Con frecuencia la exploración del paciente con uretritis no específica es normal. Muchas veces el enfermo está desolado por persistir los síntomas después de varios tratamientos.

más 1 gr. de probenecid, por vía oral, es lo que se llama cura minuto, que tiene la finalidad de cortar con rapidez la cadena epidemiológica <sup>11</sup>.

Para gonococos productores de penicilinas espectinomycin 2 gramos i.m. Para cepas poco sensibles a la espectinomycin, cefotaxima 1 gr. i.m. <sup>12</sup> En las hembras y homosexuales debe administrarse doble dosis minuto.

Dada la alta frecuencia de asociación de varias enfermedades de transmisión sexual y en concreto la uretritis gonocócica con uretritis no específica algunos expertos aconsejan añadir un ciclo de tetraciclina al tratamiento de la blenorragia con amoxicilina-probenecid <sup>13</sup>.

– Verrugas anogenitales: ha disminui-



*Fig. 3*  
El chancro sifilítico no duele y cura espontáneamente: en zonas ocultas puede pasar desapercibido; luego vendrá el secundarismo.

do su sensibilidad frente al podofilino. Algunos autores refieren fracasos del 78 % a los 3 meses de tratamiento. Por tal motivo se ha de recurrir con frecuencia a procedimientos quirúrgicos <sup>14</sup>.

– Herpes simple recidivante genital: carecemos de tratamiento efectivo capaz de erradicar el virus del ganglio raquídeo.

El acyclovir puede salvar la vida de un paciente afecto de encefalitis herpética o de eczema herpeticum <sup>15</sup>. La amenaza de una aparición de cepas resistentes al acyclovir ha hecho que algunos expertos aconsejen reservar el acyclovir para infecciones graves por el virus del herpes.



*Fig. 4*  
Los brotes repetidos de herpes genital, el pico-dolor, la interferencia con la vida sexual, etc. hacen que algunos pacientes desarrollen la neurosis del herpes.

– Sífilis: se han publicado sífilis neurológicas en pacientes tratados por sífilis primaria con dosis correctas de penicilina benzatina. Se sugiere utilizar penicilina procaína 600.000 x 24 H., durante 10 días para tratar pacientes afectados de sífilis precoz. Tal penicilina difunde con mayor facilidad al líquido cefalorraquídeo, lográndose concentraciones treponemicidas.<sup>16</sup>

## Bibliografía

1. J. Gay Prieto y T. Guthe. Enfermedades venéreas y treponematoses. Ed. Científico Médica 1969.
2. Copper D.A. Gold J. Maclean P et al. Acute AIDS retrovirus infection: Definition of a clinical illness associated with seroconversion. LANCET 1985; i:537-40.
3. Ashton W.A. Golash RG, Hemming Vg. Penicillinase producing *Neisseria gonorrhoeae*–Lancet 1976; ii; 657-8.
4. Heather Lyttle. Platts W.M. Maclean AB. Pilot study of cervical cytology screening in a sexually transmitted diseases clinic. Genito urin Med. 1985; 61: 330-334.
5. Belsey EM. Adler MW. Study of STD clinic attenders in England and Wales. 1978. Br. J. Vener Dis 1981. 57: 290-4.
6. Perea E.J. and col. Three year's experience of sexually transmitted diseases in Seville. Spain. Br. J. Vener Dis. 1981; 57: 174-7.
7. Inoba N. Ohkawa R. Matsura A. Kudoh J. and Takamizawa H. Sexual transmission of hepatitis B surface antigen. Br. J. Vener Dis. 1979, 55, 366-68.
8. Gibowskim and Neumann E. Non-specific positive test results to syphilis in dermatological diseases. Br. J. Vener Dis. 1980, 56, 17-19.
9. Bowie WR. Yu J. Fawcett A. and Jones H. Tetracycline in mongonococcal urethritis. Br. J. Vener Dis. 1980; 56, 332-6.
10. Munday PE. Thomas B.J. et al. Clinical and microbiological study of non-gonococcal urethritis with particular reference to non chlamydial disease. Br. J. Vener Dis. 1981, 57, 327-33.
11. Willcox, R.R. Woodcock K.R. Catto D et al. Treatment of gonorrhoea with single oral doses of ampicillin plus probenecid. Br. J. Ven. Dis. 1973, 49, 263-267.
12. Anonymus –Spectinomycin– resistant *B. lactamase* producing *Neisseria gonorrhoeae*. Communicable disease report CDR. 83/37. Public Health Laboratory Service. 1982.
13. Ridgway GL. and Oriel JD–Advantages of adding a course of tetracycline to single dose ampicillin and probenecid in the treatment of gonorrhoea. Br. J. Vener Dis 1984; 60, 235-7.
14. Simmons PD. A comparative double-blind study of 10 % and 25 % podophyllin in the treatment of anogenital warts. Br. J. Vener Dis. 1981; 57: 208-9.
15. Robinson GE et al. Treatment with acyclovir of genital herpes simplex virus infection complicated by eczema herpeticum. Br. J. Vener Dis. 1984; 60: 241-2.
16. Dunlop E. Survival of treponemes after treatment: Comments, clinical conclusions, and recommendations. Genitourin Med. 1985: 61: 293-301.

## Revisiones

# Prevención y diagnóstico precoz del cáncer de cervix: ¿Hacemos lo que debemos?

J. Cortés

M.C. Yárnoz

El cáncer escamoso de cervix continúa siendo en nuestro medio el más frecuente cáncer genital.<sup>1</sup> En U.S.A. hace ya tiempo que esta situación ha cambiado:<sup>14</sup> una mayor incidencia del cáncer de endometrio y una gran eficacia en el diagnóstico precoz del de cervix, han tenido como consecuencia que el cáncer de endometrio sea, ahora, el cáncer pélvico más frecuente en la mujer. En España, salvo en zonas muy concretas, aún el cáncer de cervix es el más frecuente. ¿Por qué? La contestación no puede ser sencilla ni apresurada. Pretendemos en esta comunicación reflexionar sobre qué es lo que hacemos para prevenir o diagnosticar precozmente el cáncer de cervix y, fundamentalmente, si algo de lo que hacemos o dejamos de hacer está en consonancia con lo último que hemos aprendido sobre esta enfermedad.

Es bien sabido el papel muy posiblemente inductor que el virus del papiloma humano (H.P.V.), un pequeño virus DNA, desempeña en la etiología del cáncer escamoso de cervix. Desde que Meisels<sup>7</sup> y Purola<sup>10</sup> dieron a conocer sus primeros trabajos, un verdadero aluvión de publicaciones se han concentrado en el problema: véase la muy correcta y reciente revisión crítica publicada en Lancet.<sup>6</sup>

La sistematización morfológica de las lesiones previas al cáncer escamoso invasor de cervix ha sufrido alternativas varias. Hoy, al fin y después de muchos años, se acepta la clasificación propuesta por Richart;<sup>11</sup> neoplasia intraepitelial de cervix (C.I.N.) grados I - II - III, según la atipia afecte al estrato epitelial profundo, medio o superior, respectivamente. Viene a sustituir a la clásica nomenclatura displasia leve-moderada-severa / carcinoma in situ, que parece menos adecuada una vez sabido que no hay «cambio cualitativo» de lesión entre las displasias y el carcinoma in situ, sino que se trata de un mismo proceso evolutivo.

Para acceder al diagnóstico de estas lesiones disponemos de dos técnicas básicas: la citología exfoliativa por raspado del cervix (Papanicolau, 1943)<sup>8</sup> y la colposcopia, examen del cervix con un instrumento óptico de aumento (Hinselman, 1925).<sup>4</sup> Ambas técnicas, cómodas y de bajo coste, ofrecen buenos márgenes de sensibilidad, aunque quizás menores de lo que creemos: en efecto, un reciente estudio cooperativo,<sup>2</sup> que reunió casi 1.000 casos de CIN (221 de nuestro grupo), demostró que la citología y la colposcopia tienen un porcentaje medio de falsos negativos del 25 % en el diagnóstico del C.I.N. en cualquier grado. Afortunadamente, las capacidades se complementan: la citología cubre los falsos negativos que la colposcopia tiene en las lesiones endocervicales (muy frecuentemente CIN III) y la colposcopia mejora los resultados de la citología en lesiones exocervicales (más a menudo CIN I - II).

En nuestro medio, estamos asistiendo a un incremento muy acentuado de los diagnósticos de C.I.N.: hemos diagnosticado tantos CIN en los 3 últimos años (período 1984-1986) como en el intervalo 1977-1983. No hay registro de este tipo de lesiones en España, pero en el estudio cooperativo antes citado se recogía una impresión



similar. Datos de la literatura apoyan este dato: en los últimos 20 años, la frecuencia de diagnósticos de CIN en Inglaterra y Gales se ha multiplicado por 10.<sup>9</sup>

¿Qué podemos hacer para afrontar racionalmente el problema? Creemos que mucho: podemos mejorar la prevención y el diagnóstico precoz que estamos realizando. Analicemos cómo.

## Prevención

Si el cáncer escamoso de cérvix y, previamente, el CIN, son lesiones inducidas por la agresión de un virus, intentar evitar el contagio con este virus deberá ser la primera medida. El HPV es un virus de transmisión sexual. Hace ya tiempo que se sabe que, epidemiológicamente, el cáncer de cérvix tiene un comportamiento superponible al de una enfermedad de transmisión sexual (E.T.S.).<sup>5</sup> Ahora parece que este concepto se afirma. El varón tendrá, por tanto, papel decisivo en la historia natural de la enfermedad. En efecto: el «factor masculino» cobra más y más importancia a medida que los trabajos se van preocupando de estudiarlo. Parece, hoy por hoy, obvio<sup>3</sup> que el comportamiento y los hábitos sexuales del varón (promiscuidad) deben ser considerados «factor de riesgo» para cáncer de cérvix de su compañera sexual. El varón transmite el virus y sufre poco su presencia: el epitelio del pene es estable, poco activo y por tanto poco receptivo a la colonización viral. No ocurre lo mismo en la mujer que en el cérvix posee un epitelio activo, joven (el epitelio metaplásico de reepitelización), muy apto al «anclaje» viral; en la vagina —como en el pene— hay un epitelio estable, con poca actividad, con células inactivas en superficie: ello explicaría que haya muchísimo cáncer de cérvix y, en proporción, poquísimo cáncer de vagina y/o pene.

La moral sexual al uso, con frecuentes cambios de pareja, favorece el contagio de una E.T.S. porque se utilizan

técnicas fundamentalmente anticonceptivas: el preservativo, anticonceptivo pero también anti-contagio, es usado esporádicamente. Los mismos «Centros de Planificación Familiar» practican muy a menudo, con excepciones loables, una política medicamentosa, alentando el uso de la hormonoterapia anovuladora o del dispositivo intrauterino. Fomentar el uso del preservativo, en especial en individuos promiscuos, es labor sanitaria primordial que no estamos seguros que se esté haciendo.

Por otro lado, debería establecerse una rutina de cooperación Ginecología-Urología en estos problemas, rutina que ya se sigue en otras E.T.S.: cuando se diagnosticara un condiloma a una mujer, su compañero sexual debería ser sometido a una revisión urológica profunda, con un dato presente: sólo una tercera parte de los individuos (mujeres u hombres) infectados por el HPV presentan una lesión condilomatosa típica clínicamente evidente; los restantes o tienen lesiones que se descubren únicamente a través de la citología y/o la colposcopia (¿peneoscopia?) o, incluso, se mantienen «limpios» (falsos sanos) durante períodos de tiempo largos (importancia de establecer pautas de seguimiento adecuadas). Y lo contrario: un varón con lesión condilomatosa genital sitúa a su compañera sexual en la necesidad de ser sometida a una revisión ginecológica profunda, que si es negativa, debe abrir un período indeterminado de control cuidadoso.

## Diagnóstico precoz

Evidentemente, la citología y la colposcopia están ampliamente difundidas y se utilizan con profusión. ¿Adecuadamente? Creemos que podemos mejorar.

Los datos antes mencionados sobre sensibilidad de la citología en el diagnóstico del CIN constituyen una cierta sorpresa. Hay dos causas de falso negativo en la lectura de un extendido

citológico: hay células malignas, pero no se ven (falso negativo de lectura); no hay células malignas, pero la enferma tiene lesión (falso negativo de toma). La cualificación permanente del laboratorio, su control de calidad y el rigor de su trabajo, lejos de una rutinización fácil en este tipo de trabajos, deberán evitar la primera causa, causa que, de todas formas, representa menos del 10 % del total de falsos negativos.<sup>13</sup> Es necesario, por lo tanto, que las tomas que practicamos sean mejores. Un reciente muestreo sobre frotis de cuello uterino recibidos en nuestro laboratorio demostró que de los 1052 leídos durante marzo de 1986, 198 (18,8 %) no contenían células endocervicales ni metaplásicas; es decir se estaba examinando una muestra incompleta, no demostrativa de la situación del cérvix de aquella enferma. La razón, probablemente, esté centrada en que se está utilizando, por inercia, material indecuaado para las tomas de cérvix, en especial para la endocervical: la clásica torunda de algodón es claramente inferior a los nuevos cepillos «ad hoc», con los que se obtienen excelentes muestras, con material abundante y bien conservado.<sup>12</sup> Un cambio en el instrumental a utilizar en el momento de practicar citologías de cuello uterino debe ser recomendado.

Pero queda otro aspecto del diagnóstico precoz a revisar. Tenemos el convencimiento de que estamos revisando siempre a las mismas mujeres, pero que existen grupos de población femenina que siguen sin tener acceso a las consultas de diagnóstico precoz. La experiencia personal así lo confirma: en los primeros 312 frotis de cuello uterino que se practicaron en la consulta de Planificación Familiar del Centro de Salud del Camp Redó, (Dr. M. Juan) se diagnosticaron 6 CIN, el doble de lo esperado. Se estaba, sin duda, atendiendo a un grupo de población «virgen»; un grupo importante de mujeres —muy frecuentemente de alto

riesgo para cáncer de cérvix, dadas sus condiciones de vida— eran sometidas, por primera vez, a revisiones de diagnóstico precoz. Es evidente, por tanto, que es nuestra obligación procurar que los beneficios de estas técnicas de medicina preventiva alcancen a grupos de mujeres aún sanitariamente marginadas.

Tres afirmaciones, por lo tanto, pueden quedar a modo de conclusión:

- Necesidad de acentuar nuestro esfuerzo de prevención, potenciando la contracepción de barrera masculina y estableciendo adecuadas pautas de diagnóstico y seguimiento de los pacientes con infección por HPV, a través de protocolos conjuntos Ginecología-Urología.

- Mejorar la calidad de las tomas para citología de cuello de útero parece necesario. Es lógico pensar que con tomas más representativas, con mejor material, se podrá mejorar la sensibilidad diagnóstica de la citología.

- Es imprescindible que amplíemos nuestra actividad clínico-diagnóstica hasta alcanzar a aquellos grupos de mujeres que siguen permaneciendo al margen de la acción sanitaria profiláctica.

## Bibliografía

1. Asociación Ginecológica Española: Cáncer de cérvix. Estudio Cooperativo Nacional. Sección de Oncología 1985.
2. Asociación Ginecológica Española: CIN. Estudio Cooperativo Nacional. Sección de Prevención del Cáncer 1985.
3. Campión, M.J. et al.: Riesgo aumentado de neoplasia cervical en parejas sexuales de varones con condiloma acuminado peneal. *Lancet*: 1985. 7: 153-157
4. Hinselman, M.: Verbesserung der Inspektionsmöglichkeit von Vulva, Vagina und Portio. *Münch. Med. Wschr.*: 1925. 73: 1723-1737
5. Kessler, I.: Human cervical cancer as a venereal disease. *Cancer Res.*: 1976. 36: 783-791
6. *Lancet*, Comentario Editorial.: Verrugas genitales, papilomavirus humanos y cáncer de cuello uterino. *Lancet* (Ed. Esp.): 1986. 8: 180-182

7. Meisels, A. et al.: Condylomatous lesions of the cervix and the vagina. I: Cytologic patterns. *Acta Cytol.* 1976, 20: 505-509
8. Papanicolaou, G.N.: Diagnosis of the uterine cancer by the vaginal smear. The Commonwealth Fund. New York, 1943.
9. Parkin, D.M. et al.: The impact of screening on the incidence of cervical cancer in England and Wales. *Brit. J. Obst. Gynecol.*: 1985, 92: 150-154.
10. Purola, E. et al.: Cytology og Gynaecologic condyloma acuminata. *Acta Cytol.*: 1977, 21: 26-31.

11. Richard, R. M.: Historia natural de la neoplasia cervical intraepitelial. *Clin. Obst. Ginecol.*: 1967, 747-783.
12. Ros, E. et al.: Técnicas de citología endocervical. *Citología*, 1985 7: 163-176.
13. Rubio, C.A. et al.: Who is responsible for the false negative smear? (Letter to Editor) *Acta Cytol.*: 1975, 19:319.
14. Schwartz, Z et al.: A novel approach to the analysis of risk factors in endometrial carcinoma. *Gynecol. Oncol.*: 1985, 21: 228-234.



# Protocolo

## Protocolo de tratamiento de las crisis de asma infantil

J.M.<sup>a</sup> Román

El tratamiento de las crisis está basado en el uso de broncodilatadores utilizándose la hormonoterapia en ocasiones en curas breves como recurso suplementario eficaz.

**Broncodilatadores** son las xantinas y los beta-2 estimulantes selectivos que pueden asociarse. Su acción es rápida durante algunas horas.

Las bases xánticas están representadas por la teofilina y derivados. Las formas retard no tienen interés en el tratamiento de la crisis. Las teofilinas se dosifican sin sobrepasar 10-12 mg/kg. La vía preferible es la oral. La vía rectal conlleva una absorción incierta.

**Beta-estimulantes.** Se utilizan por vía oral el salbutamol y la terbutalina. Las dosis son de 200 a 300 microgramos/kg/día en 2-3 tomas.

Por vía inyectable la terbutalina es rápidamente eficaz a la dosis de 6 microgramos/kg.

Los aerosoles continuos marcan un progreso en el tratamiento de las crisis que resisten a las medidas anteriores. Se utiliza solución de salbutamol al 0,5 % a la dosis de 0,01 a 0,03 ml/kg. La nebulización es pulsada por aire o por oxígeno.

**Hormonoterapia.** La cortisona es el tratamiento más eficaz. Administración de derivados de cortisona por vía oral o inyectable, o elevación de la cortisolemia endógena por inyección de ACTH de síntesis.

*No dar corticoides sin beta-2.* La asociación potencia la acción.

### I. Crisis ligera o media

En un niño no tratado *broncodilatadores* por vía oral

– Salbutamol (Ventolin) 1-2 cucharaditas o 1-2 compr. según edad, o

– Terbutalina (Terbasmin) 1-2 comp. según edad, y/o

– Teofilina (jarabe o compr.) a dosis de 6 mg/kg en una sola toma.

En un niño que está bajo tratamiento con teofilina retard, añadir Beta-2 adrenérgicos vía oral.

Si la crisis cede en el transcurso de una hora continuar tratamiento durante algunos días con Beta-2 a dosis de 0,1 a 0,3 mg/kg y 24 horas en 2 tomas y Teofilina 10-12 mg/kg/24 h en 3-4 tomas.

### II. Crisis persistente

– *Nebulización de Salbutamol* (Ventolin) o eventualmente una inyección subcutánea lenta de *Terbasmin* inyect. (7 mg/kg ó 1/4 de ampolla por cada 15 kgs. de peso)

– Según la intensidad y la duración de la crisis se asocia o no a los broncodilatadores un *tratamiento hormonal*:

● por vía intramuscular Dexametasona 4 a 8 mg (1 a 2 amp. de Fortecortin o Decadran)

● o bien por vía oral, una cura de corticoides (Celestone, a una dosis suficientemente elevada para que pueda ser corta (1 a 2 mg/kg según edad)

● si la evolución es rápidamente favorable (< 1/2 hora) continuar con el tratamiento oral anterior.

### III. Crisis grave o resistente al tratamiento anterior

– *Hospitalización* con RX y gases en sangre

– *Hospitalización* también si la mejoría sólo es transitoria o el niño vuelve dos días seguidos a Urgencias.

– Las *nebulizaciones de Salbutamol* a 0,5 % pueden ser repetidas sin peli-

gro. Inicialmente 3 nebulizaciones a 0,01 ml/kg con 20 minutos de intervalo. Después 0,02 a 0,03 ml/kg cada 4 horas.

– *Corticoides* por vía intravenosa: Hemisuccinato de hidrocortisona (Actocortina) 5 mg/kg/4 horas.

– *Aminofilina* por vía venosa: 6 mg/kg/20 minutos, en dosis de carga después 0,6 a 1 mg/kg/hora adaptándola a la teofilina plasmática.

En un niño que recibe tratamiento con Teofilina retardada cuyas teofilinas plasmáticas son conocidas y están en la zona terapéutica y que no vomita, no es aconsejable pasar a la vía venosa.

## Bibliografía

1. J. de Blic, P. Sheinmann, Nebulisations de broncho-dilatateurs beta-adrenergiques. 12 Jour-

néé Parisienne d'Immuno-Allergologie infantile. Nov. 1984.

2. O.M. Bennisler. The effectiveness of nebulised salbutamol in the management of acute asthma in children. Physiotherapy 1980, 66, 144.

3. K.I. Landau. Devices for administering asthma drugs to children. Current Therap. 1978, 19, 11

4. Asthma in childhood. J. Allergy Clin. Immunol. 1983, 72, 539

5. Lenny W. Milner. D. At what age do bronchodilators drugs work. Arch. Dis. Child. 1978: 53:532-535.

6. A. D. Milner. Childhood asthma: treatment and severity. Br. Med. J. 1982, 285, 155

7. A. D. Milner. Salbutamol in childhood asthma. Prog.Resp. Res. 1981, 17:301.

8. P.D. Phelan. Long term effect of nebulized salbutamol. Thorax 1981, 36, 640.

9. J. Paupe et Seheinmann. Traitement de l'asthme de l'enfant. Medecine et Hygiene 41, 2312-2317, 1983.

10. J. Paupe. Strategie général du traitement de l'asthme de l'enfant. Sem. Hôp. Paris 1985, 61. n.º 5, 270-272.

# Historia

## Libros de médicos y cirujanos en Mallorca bajomedieval (1.<sup>a</sup> parte)

### Análisis de seis bibliotecas

A. Contreras Mas

El objetivo de este trabajo es iniciar un acercamiento a la formación científica de los médicos cristianos que practicaban su profesión en Mallorca durante los siglos de la Baja Edad Media.

Es obvio que para poder valorar la formación científica de un profesional cualquiera, uno de los caminos más adecuados, es tratar de enjuiciar cómo desarrolla su labor como tal. Pero como, actualmente, en Mallorca disponemos, apenas de escasos testimonios de cómo se desarrollaba la actividad diaria de nuestros médicos durante los siglos de la Baja Edad Media y son aún más mermados los recursos materiales a los que podemos apelar para investigar sus resultados, hemos considerado que podríamos optar por una segunda vía, para conocer qué es lo que sabían nuestros médicos medievales y cómo y dónde lo aprendían.

Para ello hemos apelado al análisis de seis bibliotecas de otros tantos sanadores profesionales: tres médicos y tres cirujanos. Pues aunque este camino no nos traduzca exactamente la formación de estos hombres, ya que podría ser mucho más amplia que la que vemos reflejada en sus bibliotecas y no ofrezca, esta vía, demasiadas garantías de cómo se aplicaba después, en la práctica, esta información,

creemos que de esta manera se puede arrojar alguna luz sobre el tema.

### Bibliotecas médicas en Mallorca bajomedieval

El nivel cualitativo y cuantitativo de la información científica que los médicos mallorquines detentaron durante la Baja Edad Media, constituye un interesante problema para la historia de la medicina y de la ciencia en Mallorca. Este trabajo pretende aportar nuevos elementos de juicio a esta cuestión. El análisis de las bibliotecas permite saber el grado de difusión de la ciencia, el proceso de acrecentamiento histórico de la cultura científica y el nivel de asimilación de esta cultura logrado por una comunidad concreta. El conocer lo que la comunidad médica mallorquina leía y estudiaba, nos va a permitir saber, de forma indirecta, con qué centros científicos estaban relacionados nuestros médicos, cuál era el grado de su dependencia científica y cuál era su situación en la historia del saber y del quehacer médico<sup>1</sup>.

Del tema específico de las bibliotecas médicas medievales se han ocupado varios autores: Roque Chabas (1903)<sup>2</sup> y Joaquín Carreras Artau (1935)<sup>3</sup> dedicaron su atención a la biblioteca de Arnau de Vilanova; Guy Beaujouan<sup>4</sup> en su estudio sobre la escuela de medicina del Monasterio de Guadalupe se ocupa del inventario de su biblioteca a finales del s. XV y Luis García Ballester<sup>5</sup> ha estudiado las bibliotecas de tres médicos valencianos datadas entre 1462 y 1503. Podemos incluir también en esta cuestión el artículo de Angelina García<sup>6</sup>.

«Tres bibliotecas de médicos valencianos renacentistas (Luis Alcañis, Pere Pintor y Pere Martí)» pues a pesar de su título puede considerarse en la órbita de lo tratado, ya que la actividad profesional de estos tres médicos tuvo lugar en el momento en que la Baja Edad Media se amalgamaba con el Renacimiento. A nivel local debe-



mos mencionar fundamentalmente a Estanislao de K. Aguiló, que localizó la importante biblioteca del médico judío Lleo Grech o Juda Mosconi, más tarde estudiada por M. Steinschneider, E. Levi y N. Kayserling<sup>7</sup> y más recientemente, el P. Gabriel Llompart ha publicado un extenso artículo sobre el libro catalán en la casa mallorquina entre 1350 y 1550, en el cual se hallan incluidas varias de las bibliotecas médicas que hemos tratado de identificar y estudiar<sup>8</sup>.

La bibliotecas estudiadas pertenecen a:

### 1) Biblioteca de Pere Fabregat «mestre en medicina» (m. 1396)

La localización de la documentación en la que figura esta biblioteca apareció en el artículo del P. Gabriel Llompart sobre el libro catalán en la casa mallorquina entre 1350 y 1550 y en su obra sobre la pintura medieval mallorquina<sup>9</sup>. Este documento, al igual que los n.º 3, 4 y 5, se halla en las series notariales del Archivo del Reino de Mallorca.

Conocemos algunos datos biográficos de «mestre» Pere Fabregat que nos pueden ayudar a centrar más exactamente a este personaje. El 26 de noviembre de 1378, figura como «batxeller en Medicina» en el Cartulario de la Universidad de Montpellier. Según Wickersheiner<sup>10</sup> era clérigo en la diócesis de Mallorca. Llegó a alcanzar el grado académico de doctor como parece probarlo el hallazgo entre sus pertenencias de «unum birretum de doctorat cum flochs de seda vermayll».

Entre sus bienes se especifican veintiseis libros y un facistol de madera para sostenerlos al estudiar. Vivía delante de la iglesia del «Sepulcre». Sus bienes fueron subastados públicamente en la plaza de San Andrés, actual plaza de Cort, como era usual en aquel entonces. Entre los adquiridos de obras médicas en esta subasta

hemos podido identificar a los siguientes personajes:

– Jaffer, cirúrgico: se trata seguramente de Pons Jaffer que en 1403 y 1438 aparece citado como barbero ejerciente en Artá<sup>11</sup>.

– Francesc Ribalta: Seguramente se trata del médico mallorquín que atendió desde 1395 al Papa Benedicto XIII, con una pensión anual de doscientos florines. Era clérigo, de órdenes menores, maestro en artes y medicina. Estaba casado con una tal Agnes. Ejerció también como médico municipal en Lérida<sup>12</sup>. En 1403 era aún médico de Benedicto XIII<sup>13</sup>. Pero en 1404 enseñaba medicina en Montpellier. Vivía aún en 1416.<sup>14</sup>

La biblioteca de mestre Pere Fabregat, de fines del s. XIV, presenta una notoria influencia de la escuela de Montpellier en cuanto a los textos originales y una influencia compartida entre Salerno y Toledo en cuanto a los textos árabes traducidos. Hay que remarcar que entre estos dos centros de traducción la escuela de Salerno está, curiosamente, mucho más ampliamente representada que la de Toledo.

De la escuela de Montpellier hallamos una numerosa representación de sus grandes maestros: Guido de Chauliac, Bernardo de Gordón, Arnau de Vilanova y Joan Jaume. (50 % de los autores cristianos y 30 % del total).

Los autores árabes, muy abundantes en esta biblioteca (50 %), prácticamente en número similar a los cristianos-occidentales, están traducidos en su mayoría a través de la «Escuela Salernitana». De la misma son los comentarios al divulgadísimo *Antidotarium Nicolai*, hechos por Mateo Plateario y por Jean de St. Amand, el mejor expositor de las doctrinas farmacológicas de este texto. La «Escuela de Traductores de Toledo» está escasamente representada por el texto de Rhazes, *Kitab Al-Mansuri*, del que existía una versión catalana y probablemente por la *Isagoge* de Joanni-

tius, pues su versión fue mucho más difundida que la realizada por Salerno.

Los tres volúmenes referidos como pertenecientes a Avicena, por lo menos dos de ellos al monumental *Canon*, así como el mencionado texto de Rhazes podrían circunscribirse con gran probabilidad al conjunto de enseñanzas procedentes de la «Escuela de Montpellier», a las que podríamos añadir, con menos posibilidades, el texto de Mesue y la «Articella».

Hay que destacar asimismo la presencia de una obra sobre astronomía, de la cual parece ser autor el tratadista árabe Mohammed Bn Ketyr Al-Farghani, que junto a la presencia de «unum tabulam parva rotunda signis coeli» nos testimonia el ejercicio de la astronomía por parte de este médico.

Sólo hallamos dos libros no ligados directamente con el ejercicio de la profesión médica: unas «*Confesiones*», tal vez de S. Agustín, y el libro que aparece bajo el título de «*Proverbis*».

Curiosamente, en la subasta que se efectuó posteriormente de los bienes de «mestre Pere Fabregat», aparecen algunos títulos que no figuran en el inventario que se hace para el testamento.

## 2) Biblioteca de Joan Desbrull «mestre en medicina» (m. 1417)

El registro de esta biblioteca fue transcrito en 1879 por Tomás Aguiló<sup>15</sup>, que identificó alguna obra. La reutilizó posteriormente Pedro Giménez Oliveros, que publicó únicamente las referencias resumidas de los libros de medicina<sup>16</sup>.

Mestre Joan Desbrull vivía en la *illeta* de La Lonja de St. Feliu en el «carrer d'en Sala» de la Parroquia de Sta. Creu<sup>17</sup>.

Poseía una importante biblioteca de la cual fueron vendidos en pública subasta ochenta y tres volúmenes, la mayoría de ellos médicos. Entre los

compradores de estos libros hemos identificado los siguientes:

– Mestre Johan de Foxa, Fuxa o Fuça: médico mallorquín que estuvo al servicio de los reyes Juan I (1387-1396)<sup>18</sup> y Martín I (1396-1410)<sup>19</sup>.

Mestre Johan de Foxa fue solicitado por el rey Juan I de Aragón para pasar a su servicio, con el sueldo habitual, debido a lo complacido que quedó este rey de un «juhí», no sabemos si de medicina o astrología, que este médico realizó. Cabe pensar en lo segundo, pues este médico era un experto en astronomía. Sabemos que en 1336 el rey Juan I le escribió notificándole haber recibido un astrolabio y solicitándole que le enviara un espejo del que le había hablado anteriormente. Asimismo, en 1403 el rey Martín le escribió para manifestarle que había recibido el «judici dels eclipses de la lluna» y le solicitaba que le enviase el pronóstico de cuántos tenían que darse en los próximos cincuenta años, tanto del sol como de la luna<sup>20</sup>.

– Mestre Eduard: este comprador de una obra de Ramón Llull tal vez se trate del maestro Eduard o Adoart de Bosia, que unos meses antes había entregado a los mensajeros del rey de Aragón, Alfonso el Magnánimo, un elixir alquímico que había preparado para él en la ermita de la Victoria, en Alcudia (Mallorca)<sup>21</sup>.

– Cabrer, barbero: en 1411 aparece un Cabrer, cirujano, como miembro del G. i G.C. por el estamento menestral que fue hallado muerto, por causas no aclaradas<sup>22</sup>.

– Anthoni Fe: Quizás se trate del mismo personaje, citado como cirujano, que adquiere un libro en la subasta de bienes de Pere Fabregat<sup>23</sup>.

– Mestre Salvador Pareyada. «Mestre en medicina.» En 1415 enviaba a Valencia diversas mercaderías que no fueron entregadas a su destinatario puntualmente, querellándose por ello mestre Salvador<sup>24</sup>.

Esta es la biblioteca más importante, cuantitativamente, de las estudia-

das en el presente trabajo. En ella son ligeramente más numerosos los libros no médicos (55,42 %) que los médicos. Entre los textos no médicos hallamos un grupo notoriamente mayoritario constituido por las obras de materias astrológicas y astronómicas, de las que hay ocho obras, cuatro de las cuales están interrelacionadas con otras materias. El segundo grupo, en importancia numérica, corresponde a los siete libros sobre materias teológicas y religiosas. El tercero son los seis volúmenes dedicados a la física seguidos por cinco sobre poesía y literatura. Un núcleo de cinco obras lulianas, cuatro obras filosóficas y tres volúmenes de Aristóteles completan el acervo de las orientaciones culturales que integraban la formación de nuestro médico.

Respecto a las obras médicas podemos ver que en esta biblioteca existe un notable equilibrio entre textos clásicos, adoptados por la medicina cristiano-occidental, textos de autores árabes y obras, propiamente dichas, de autores cristiano-occidentales. Las obras clásicas tanto en versiones griegas o árabes como las obras árabes parecen, por los «incipits» del texto, que habrían sido traducidas todas al latín, de forma casi exclusiva a través de los dos grandes centros occidentales de traducción: Toledo y Salerno. Entre las obras originales de medicina cristiano-occidental y los comentarios a obras de otros autores parece destacar el influjo de la escuela médica de Montpellier. De ella encontramos a varios de sus más representativos componentes: Arnau de Vilanova, Bernado de Gordon, Gui de Chauliac y Gerardo de Solo. Pertenecerían a ella con gran posibilidad varias obras del llamado «Nuevo Galeno» y una probable traducción del *Cantica* o *Poema de la Medicina* de Avicena, que podría ser el traducido a través de Toledo o bien el traducido por el sobrino de Arnau de Vilanova, Armengol Blasi, en Montpellier. Habría que añadir

dir también al área montpelerina otras obras cuya traducción había sido realizada ya por la «Escuela de Traductores de Toledo» como el *Canon* de Avicena, el *Liber Almansoris* de Rasis y la *Isagoge* de Ioannitius. Del «Corpus Toletanum» procederían también las dos obras de Averroes.

De las escuelas italianas hallamos autores que se adscribirían a Salerno, Padua y Sicilia. De Salerno serían el *Antidotarium Nicolai*, el comentario a Hipócrates hecho por un maestro Platerio y lo que parece tratarse de una traducción de algunos textos hipocráticos realizada por Constantino el Africano. Sería también de origen salernitano la obra de Ali Abbas *Liber Pantegni*, de la que Constantino el Africano realizó una traducción.

Los comentarios al *Canon* pueden ser del paduano Gentile de Foligno o de Gerardo de Solo, de Montpellier. De Gentile hallamos asimismo otra obra que posiblemente es una lectura comentada sobre este autor. La obra de Pedro Hispano *Tesaurus Pauperum*, de procedencia siciliana, completa el grupo de escritos médicos de origen itálico.

El francés Johannes de Sto. Amando aparece como autor de dos textos que parecen ambos ser su famoso comentario al *Antidotarium Nicolai*. Uno de ellos aparece formando parte de un volumen en el que se hallaría también una obra del «Nuevo Galeno» de Montpellier, *De interioribus*, de la que figura asimismo en este inventario la versión que de ella hizo Arnau de Vilanova.

### **3) Biblioteca de Pere Font, mestre en medicina (m. 1435)**

La localización del documento notarial en el que figura la biblioteca y bienes de «mestre» Pere Font apareció en los citados artículos y obra del P. Llompart. Fue jurado en la Universidad de Mallorca en 1402<sup>25</sup>. Le hallamos como comprador en las subastas de



Pere Fabregat y Joan Desbrull. En la primera adquirió un libro, posiblemente de Aristóteles, titulado *De generatione animalium* y la obra de Bernardo de Gordon *Lilium medicine*. Asimismo adquirió en esta almoneda una mula «pili rubei», dos sillas para montarla y unas espuelas doradas. En la subasta de libros de Joan Desbrull adquirió un comentario de Gentile de Foligno sobre la primera parte del *Canon* de Avicena. Vivía en el «carrer de St. Feliu de la parrochia de Sta. Creu». En su biblioteca se señalan específicamente cuarenta y seis obras, además de «alguns librets de lectures de los quals tots per maior part son de medicina».

Esta biblioteca es la más rica en cuanto a textos médicos explicitados, formando parte de ella escasas obras no médicas. No podemos valorarla más que parcialmente pues no podemos conocer las obras que abarca el epígrafe «alguns librets de lectures los quals tots per maior part son de medicina».

Posiblemente el estar confeccionada la lista de los libros por el maestro en medicina Antonio Sabet ha facilitado que la práctica totalidad de los textos de esta biblioteca hayan podido ser identificados. En algunos casos varias obras forman parte de un volumen, porque o bien pertenecen a un mismo autor p. ej. Galeno en los núms. 159, 160 y 161 y los núms. 164 165 y 166, o bien son dos textos de maestros de una misma escuela: p. ej. los núms. 156 y 157 que corresponden a Arnaldo de Vilanova y Gerardo de Solo, de la escuela de Montpellier.

La influencia de las enseñanzas de esta última escuela es especialmente manifiesta en la biblioteca que nos ocupa. Seis textos pertenecientes a conocidos grandes maestros de esta escuela y uno a Ramón Llull, que también recibió enseñanzas de este centro, junto a doce escritos galénicos de los que García Ballester (1982) ha denominado «Nuevo Galeno»<sup>26</sup> y a sie-

te comentarios, sobre diversos textos de Gerardo de Solo constituyen el 60,46 % de esta biblioteca.

Los autores árabes son los segundos en importancia, ya que abarcan 16 textos, el 37,20 % de esta biblioteca. El autor más destacado de estos es Avicena con ocho volúmenes, siete de ellos dedicados al *Canon*, bien directamente o bien comentado por algún otro médico. Rhazes con su *Kitab Al-Mansuri* que abarca tres volúmenes es el segundo autor árabe en importancia. De esta obra traducida en Toledo existía una versión catalana muy divulgada desde el s. XIV.

La escuela de Salerno queda moderadamente representada, seis obras, a través de su muy difundido *Antidotarium Nicolai* y de algunas traducciones de textos árabes y galénicos. La «Escuela de Traductores de Toledo» a excepción del texto de Rhazes ya mencionado sólo parece haber quedado testimoniada a través de dos obras de Galeno (n.º 134 y 135).

Otras dos universidades occidentales que están representadas en esta biblioteca son las italianas de Padua y Bolonia con un representante cada una: Gentile de Foligno, con dos obras y Lanfranco de Milán, con una. Este último, formado en Bolonia, pasó a fines del s. XIII a ejercer en Lyon y en París, considerándosele el fundador de la cirugía francesa. Otro autor francés es Johannes de St. Amando, cuyo comentario al *Antidotarium Nicolai* es la mejor exposición de las doctrinas farmacológicas de esta obra, que alcanzó gran difusión en el mundo médico medieval.

Cabe por último hacer notar que en la biblioteca de este médico hallamos dos importantes textos quirúrgicos, el mencionado de Lanfranco y el muy famoso del montepelusano Gui de Chauliac, que sitúan a nuestro médico a una altura semejante, en cuanto a obras quirúrgicas se refiere, a la de los otros cirujanos cuyas bibliotecas estudiamos a continuación.

#### 4) Biblioteca de Pere Parera, *scirurgià* (m. 1451)

La localización del documento en el que figura esta biblioteca apareció en el citado artículo y libro del P. Llompart. Pere Parera vivía en la *illeta* de Sant Johan, de la parroquia de Sta. Creu, junto al también cirujano Barthomeu Salva, con el que podríamos conjeturar que compartía su «obrador» profesional. El nivel socio-económico de este cirujano podemos situarlo en el nivel más bajo de estos profesionales, tanto por su testamento, como por su contribución económica a un «tall» que, en 1449, se hizo para una armada contra los corsarios que asolaban las costas de Mallorca. En esta lista de contribuyentes Pere Parera paga diez sueldos, la cuota más baja que cotizan los cirujanos, ocho de los cuales aparecen en el «tall» y prácticamente igual a la de los barberos que, menos uno, abonan esta misma cantidad<sup>27</sup>.

A los siete volúmenes que se citan específicamente en el inventario de sus bienes, habría que añadir los que pudieran estar comprendidos en el epígrafe «Item molts volums de medicina». La biblioteca de este cirujano es difícil de estimar pues desconocemos la cantidad y calidad de los libros que pueden hallarse bajo el epígrafe anterior.

De los libros reseñados podemos decir que la práctica totalidad de los textos médicos proceden de Italia: Salerno, Sicilia y Bolonia. Pero de todos ellos existía desde el s. XIV una versión catalana. Sólo uno de ellos puede tratarse de un libro específicamente quirúrgico: La *Cirurgia* de Guillermo de Saliceto, el más ilustre representante de la escuela quirúrgica boloñesa, aspecto destacable tratándose de la biblioteca de un cirujano.

Sólo un volumen no médico: un texto de los evangelios.

#### 5) Biblioteca de Johan del Ram, *scirurgià* (m. 1452)

La localización del documento en el que figura esta biblioteca, apareció en los citados artículos y libro del P. Llompart.

Vivía en el carrer de Bonayre, en la *illeta* de mossen Blay de Tagamanent, de la Parroquia de St. Nicolau. Poseía diecisiete volúmenes, que tal vez tuviera colocados en los «perestatges larchs nous per tenir llibres en la parret». En el inventario de sus bienes hallamos la relación de los objetos hallados en su «obrador» que estaba situado «en la placeta appellada den Oliver lespecier». Entre estos objetos se mezclaban indistintamente utensilios de barbero como «un lavacap... quatre miralls... dues pintes de fust... hun calfador de draps» junto a otros propios de un cirujano: «sinch ventosas de vidre... lancetas de sagnar... hun parell de coxins de parteratge... tenalles novas per arrancar quexals...». La «botiga» que, previa tasación por los cirujanos Pasqual Benet y Miquel de Pachs, fue adquirida por el barbero Pere Olmeda da la impresión de ser más bien lo que actualmente entendemos por un establecimiento de peluquería.

Entre los profesionales sanitarios adquiridores de objetos o libros de la subasta de los bienes de este cirujano hemos podido identificar los siguientes:

– Jacme Canet, *scirurgià*: en 1441 intervino como perito en la tasación de lo que se debía pagar al cirujano Johan Bonafe por las curas efectuadas por una herida<sup>28</sup>. En 1443 fue elegido conseller del G. i G. C. por el brazo menestral<sup>29</sup>. En 1449 vivía en la *illeta* d'en Francesch Perera o d'en Alexandri, de la parroquia de Sta. Eulalia<sup>30</sup>.

– Johan Laneras, barber: una hija suya, Isabel, se casó con un tal Bernardí Riera en 1492<sup>31</sup>.

– Johan Domenge, barber: ejercía su oficio en Manacor en 1463. En 1480

se le cita como cirujano ejerciente en esta misma ciudad<sup>32</sup>.

– Onorat Sacosta, barber: fue consejler del G. i G. C. por el estamento menestral en 1444<sup>33</sup> y en 1454<sup>34</sup>. En 1449 aparece un cirujano llamado Onorat Costa, que posiblemente se trata del mismo personaje, el cual vivía en la *illeta* de Toni Oliva, en la parroquia de Sta. Eulalia<sup>35</sup>.

– Mestre Andreu, barber: posiblemente se trate de un tal Pere Andreu, que aparece en 1449 como cirujano, viviendo en la *illeta* de Ramon de Nonso o *illeta* de Johan Sales de la parroquia de Sta. Eulalia<sup>36</sup>. Los años 1462,<sup>37</sup> 1465<sup>38</sup> y 1469 fue «consejler» en el Gran i General Consell por los menestrales<sup>39</sup>.

– Guillem Sangüesa: este barbero o cirujano, cuyo oficio no aparece especificado en el acta de la subasta realizada con los bienes de Johan del Ram, fue Conseller del Gran i General Consell por el brazo menestral los años 1462<sup>40</sup> 1466<sup>41</sup> y 1469<sup>42</sup>.

– Pascual Benet; *scirurgià*: este cirujano que interviene como tasador del «obrador» de «mestre» Johan del Ram fue conseller per los menestrales en el Gran i General Consell los años 1463<sup>43</sup>, 1466<sup>44</sup>, 1470<sup>45</sup> y 1473<sup>46</sup>.

– Miquel de Pachs: este cirujano que aparece como tasador del obrador de Johan del Ram, parece tratarse del mismo que en 1478 vivía en la *illeta* d'en Jordi Pont en la parroquia de Sta. Creu. En un «tall» realizado dicho año le correspondió pagar 15 sueldos de los que solo pagó 10. En este «tall» se le califica de «mestre» pero se le cita como barbero<sup>47</sup>.

– Benet o Bernat Aymerich, barber: aparece como «cirurgicus» en 1449 al actuar como testigo en un acta notarial<sup>48</sup>. En el «tall» efectuado ese año para sufragar los gastos de una armada para defender Mallorca de los ataques de los corsarios aparece como barbero. Vivía en la «illa d'en Bertomeu Serra notari», de la parroquia de Sta. Eulalia<sup>49</sup>. En 1457 era cirujano vi-

sitador de los enfermos de los hospitales de S. Andreu y Sta. Magdalena, por lo cual no cobraba salario alguno. En vista de ello los administradores de ambas instituciones solicitaban al Gran i General Consell, que le concediese inmunidad tributaria, conforme a la costumbre, para que continuara atendiéndoles<sup>50</sup>.

Esta biblioteca es una de las tres colecciones de libros que presentamos pertenecientes a un cirujano. Al igual que la anterior presenta un escaso número de textos médicos.

Las obras de esta biblioteca proceden principalmente de la «escuela de Montpellier» y de las escuelas italianas de Salerno, Sicilia y Bolonia.

Hemos comentado ya en otra biblioteca el llamativo hecho de que en la biblioteca de un cirujano se hallen un número mínimo de obras quirúrgicas y similar al que encontramos en las bibliotecas médicas. En este caso hallamos solo dos obras quirúrgicas: un texto del montepelusano y afamado maestro Gui de Chauliac y otro del gran maestro salernitano Rogerio. Este último libro fue el texto principal de la escuela salernitana y al mismo se le añadieron las doctrinas del discípulo de Rogerio, Rolando de Parma, uno de los primeros y más conocidos representantes de la importante escuela quirúrgica boloñesa. De la escuela de Montpellier hallamos, además del texto de Gui de Chauliac, a los renombrados maestros Arnau de Vilanova y Bernardo de Gordon. Y posiblemente sea perteneciente a este área de influencia el *Canon* de Avicenna, pues durante el siglo XV esta obra dominó las enseñanzas que dispensaba Montpellier.

Las escuelas italianas, aparte del texto quirúrgico de Rogerio y Rolando, vienen representadas por la obra de un Plateario y por la de Pedro Hispano (Pedro Juliao Rabello), papa con el nombre de Juan XXI, *Tesaurus Pauperum*, compendio popular de terapéutica que alcanzó notable difusión.



Es significativa la ausencia absoluta de autores árabes con la excepción de Avicena que en estos momentos estaba perfectamente arraigado en las enseñanzas de Montpellier.

En cuanto a libros no médicos hallamos únicamente cuatro volúmenes de este tipo. Tres son obras religiosas y la cuarta es un libro de tipo didáctico-moral de autor mallorquín. Esto último es curioso pues no abundan las bibliotecas que hemos comentado en textos de autores mallorquines si exceptuamos a Ramón Llull.

## 6) Biblioteca de Pere Olmeda, *cirurgicus* (m. 1452)

Debo la localización de este documento a una indicación de Ramón Rosselló Vaquer.

Hemos visto a Pere Olmeda en la subasta de los bienes del cirujano Johan del Ram en 1452, donde aparece como barbero. En dicha subasta adquirió la práctica totalidad de los utensilios de este cirujano. Su domicilio y botiga estaban situados en el «carrer del honorable Johan de Cunilleres» en una casa alquilada a Huguet Serra, del estamento ciudadano. Hay que destacar que en los diez años que median entre la adquisición de la «botiga» de Johan del Ram, Pere Olmeda pasó de la categoría de barbero a la de cirujano.

El inventario de su «botiga», muy similar como es lógico al de Johan del Ram, nos permite asomarnos detalladamente al entorno de un obrador de barbero o cirujano del s. XV. El inventario de su biblioteca es uno de los más modestos, de los tres cirujanos que publicamos.

En él hallamos sólo cinco obras de medicina, una de las cuales no es identificable. Esta biblioteca en la que hallamos dos obras de Mateo Plateario, *Practica brevis* y *Circa instans*, y una de Lanfranco de Milán, alguna de sus *Cirurgias*, refleja una considerable

influencia italiana, característica común con las otras bibliotecas de cirujanos. El otro libro identificado se trata de la parte anatómica de la *Gran Cirurgia*, tratado del célebre cirujano francés Gui de Chauliac, el cual fue uno de los libros de cabecera de los cirujanos bajomedievales.

Esta exigua biblioteca, junto al inventario de la «botiga» de Pere Olmeda, nos hacen ver de forma palpable que los cirujanos practicaban de forma usual las labores de barbería y que su formación científica teórica, salvo algunas excepciones, se reducía a un mínimo siempre orientado a obras exclusivamente de tipo quirúrgico. En esta biblioteca sólo aparece un libro no médico: un texto de gramática no identificable.

Las conjeturas que podemos hacer sobre el número de libros que constituían estas bibliotecas están dificultadas por no conocer la cifra que puede hallarse tras los epígrafes de los inventarios de Pere Font y Pere Parera. Felizmente en la mayoría de estas relaciones se especifica libro a libro los ejemplares de cada biblioteca, posibilitando así su identificación. Incluso en una ocasión el notario recaba la ayuda de un profesional médico, «mestre» Antoni Sabet, para que confeccionara una lista de los libros que pertenecían a «mestre» Pere Font.

Pero no siempre era así, pues en el inventario de los bienes confiscados al médico Juan Fiochis (a) de Cremona, en 1345, por partidario del Rey Jaime III de Mallorca, se limitan a consignar: «en l'escritori de la dita casa trenta vuyt llibres de pergami entre grans e pochs... ítem vuyt llibres o volums de pergami... mesos dins lo dit armari en una caxa e segellats»<sup>51</sup>. Unos meses después estos volúmenes eran reclamados por el rey Pedro de Aragón a través de su procurador en Mallorca<sup>52</sup>. Una reclamación semejante, por parte de dicho rey, fue la que hizo sobre los libros de la abun-

dante biblioteca del médico judío Juda Mosconi o Lleo Grech, que había sido vendida en pública subasta<sup>53</sup>.

La importancia que tenía la posesión de libros y el valor económico que ello conllevaba, nos lo puede iluminar algo el contrato de alquiler de un libro médico, hecho en Marsella en 1316. En este contrato el médico judío Bonfils, hijo de Bonastruc, se compromete a pagar una respetable cantidad para que durante un año le presten, con vistas a copiarlo, el *Kitab al-Tasrif* de Abul-Qasim Khalaf al Zaharawi<sup>54</sup>. El interés en la propiedad de un determinado libro podemos verlo en nuestros inventarios, donde, en dos ocasiones se reseña la existencia de un libro, que en el momento de inventariar la biblioteca se halla en manos de otra persona, prestado por el dueño y así se hace constar: «un libre en paper de forma de full appellat Guillem de Scilz lo qual te en Juan Coxo»<sup>55</sup> y «atrobi en poder de l'onrat mestre Joan de Fuxa mestre en medicina hun libre de medicina... (que)... lo dit defunt li havia prestat»<sup>56</sup>.

Ofrecen también estos inventarios la posibilidad de conocer algo más sobre los medios concretos con que cada profesional desempeñaba su oficio. La actividad astrológica de los médicos estudiados queda patentizada por la posesión de instrumentos para la determinación de la situación de los distintos cuerpos astronómicos. Pere Fabregat poseía «una tabula parva rotunda de signis coelis», Pere Font «hun strelau de signes» y Joan Desbrull «hun stalau de lauto», que en el momento de su fallecimiento se hallaba en manos de «l'onrat mestre Johan de Fuxa, mestre en medicina» prestado por su propietario. Ya hemos mencionado más arriba las importantes actividades astrológico-médicas que mestre Johan de Fuxa había venido desarrollando al servicio de los reyes de la Corona de Aragón Juan I y Martín I. En el inventario de Pere Fabregat hallamos asimismo «dotze

ampolles e dotze broquals de vidre en los quals ha diversos exarops», probablemente destinados al tratamiento de sus enfermos.

En los inventarios de los cirujanos hallamos numerosos testimonios de la simultaneización del oficio de barbero con el ejercicio de la cirugía. En el inventario de Pere Parera vemos que poseía «hun mirall gran de barber... dos basins de lauto de barber» y «un caxonet ple de ferramenta del art de scirurgie, item altre caxonet semblant al propredit ab ferramenta de cap». En el testamento del cirujano Joan del Ram se mencionan diversos objetos propios de su oficio quirúrgico como «hun caixo ab ferramenta de diverses maneres del art de scirurgia... sinch ventoses de vidre... una sistella de canyes ab dues dotzenes de scudelles de sagnar, un paneret de canyes ab alguna ferramenta del dit defunt... algunas lancetas de sagnar». Además poseía «hun parell de coxins de partelatge ab roses» y «unes tenalles noves per arrancar quexals» que nos hacen presumir unas posibles actividades tocológicas y asegurar las odontológicas. También poseía «dos morters de pedra ço es hun gran e un poch per picar enguents ab hun boix, dos morters de coure pochs ab sos boixos, una tassa daram pocha ab son manech per coure enguents» realmente demostrativas de la confección personal de los ungüentos que debía aplicar a sus pacientes, quizás mediante las «dues spatules de ferro» reseñadas junto a lo anterior.

Vemos por la subasta hecha con sus bienes que en su «botiga» u obrador existían además diversos objetos como «un lavacap de ferro», «tvalloles» en abundancia, varios «manils», «nou bacins de lauto... quatre romeols a tres raiaadors d'aram... quatre miralls petits ab manech... hun calfaador de draps, dues alfabies grans per tenir aygua e lexiu». Todos ellos nos hacen ver que una parte de las actividades del cirujano Johan del Ram es-

taban encuadradas en el campo de la barbería. Asimismo el inventario del cirujano Pere Olmeda, que adquiere numerosos útiles de barbero en la subasta de Johan del Ram, nos muestra también que su titular ejercía el oficio de barbero. En la relación de sus pertenencias hallamos epígrafes tan demostrativos de estos último, como los de «...duas parxetas ab ses staques ficades a la paret per posar barretas e altres cosas per aquells quis vanian a fer la barbe... un stoig de barber gornit al cap ço es un brocal dargent,... unas tisoires, un rahor... un stoig de cuyro per tenir rahors... vuyt axugadors de cap de stopa de barber...» varios «manills» y numerosas «tovalloles». La relación que poseemos de los utensilios hallados en su obrador es también sobradamente demostrativa de esto. Pero hallamos también entre sus pertenencias utillaje quirúrgico que nos muestra por su parte que el ejercicio de la cirugía constituía una actividad habitual en el quehacer diario de Pere Olmeda. En este sentido podemos ver «un carner de fill del dit defunt dins lo qual havia una capsa de peltra petita per tenir anguents obra de scirurgia... alguns potets petits de unguent... tres lancetas gornidas dargent... duas ventosas de vidre... dins una caxo XXII ferros instruments de sirurgia».

Podemos asimismo conocer a través de las subastas de los libros de los médicos Pere Fabregat y Joan Desbrull y del cirujano Joan del Ram los precios que los textos médicos alcanzan en Mallorca entre 1396 y 1452. Parece que en Mallorca había un buen mercado para los libros pues tanto los mencionados arriba, como los del médico judío León Mosconi fueron vendidos de forma que suponemos satisfactoria para los herederos y que ya no ocurría como en Barcelona en 1320, cuando a la muerte de un médico sus herederos trataron de vender sus libros y ante el pobre mercado existente decidieron trasladar los li-

bros de medicina a París donde existía un buen mercado y los precios eran mejores<sup>57</sup>. El precio de los libros nos viene dado en libras (l), sueldos (s) y dineros (d), monedas que constituían el sistema monetario vigente en Mallorca por aquel tiempo. Una libra equivalía a doce sueldos y un sueldo a doce dineros.

## Bibliografía

1. Luis García Ballester «Tres bibliotecas médicas en la Valencia del s. XV», *Asclepio*. Vol. XVIII-XIX. 1966-1967. pgs. 283 a 405.
2. Roque Chabas. Inventario de los libros, ropas y demás efectos de Arnaldo de Vilanova. *Revista de Archivos, Bibliotecas y Museos*. IX. 1905 pg. 189-203.
3. Joaquín Carreras Artau. La llibreria d'Arnau de Vilanova. *Analecta Sacra Tarraconensis* IX. 1935. pg. 63-84.
4. Guy Beaujouan «La bibliothèque et l'école médicale du monastère de Guadalupe a l'aube de la renaissance» en *Medicine humaine et veterinaire a la fin du Moyen Age*. París. 1966. pg. 368 a 468.
5. Luis García Ballester. op. cit.
6. Angelina García «Tres bibliotecas de médicos valencianos renacentistas» *Asclepio*. Vol. XXVI-XXVII. 1974-1975. pgs. 527 a 546.
7. E. de K. Aguiló. M. Steinschneider. E. Levi y N. Kayserling. Inventari de la heretat i llibreria del metje juheu Jahuda o Lleó Mosconi. *Boletín de la Sociedad Arqueológica Luliana*. X. 1899. n.º 278-279
8. Gabriel Llompart. El llibre català a la casa mallorquina. (1350-1550) *Analecta Sacra Tarraconensis*. Vol. XLVIII. 1975. pg. 193-240.
9. Idem ant. *La Pintura Medieval Mallorquina*. Palma de Mallorca. 1977-1980.
10. Ernest Wickersheimer *Dictionnaire biographique des medecins en France au Moyen Age*. II. París. 1979. pg. 632.
11. A. Gili Ferrer. *Historia de Artá s. XV*. Mallorca (1983) pg. 22-23.
12. E. Wickersheimer, op. cit. Vol. I, pg. 157.
13. A. Cardoner i Planas. *Historia de la Medicina a la corona d'Aragó*. Barcelona (1973). pg. 269.
14. E. Wickersheimer, op. cit. Vol. I, pg. 157.
15. Tomas Aguiló. Juan Desbrull, Maestro en medicina. *Almanaque para las islas Baleares para el año 1880*. Palma. 1879. pg. 169 a 194.
16. Pedro Giménez Oliveros. La biblioteca de un médico mallorquín del s. XV. *Boletín del Colegio Provincial de Médicos de Baleares*. n.º 12. Diciembre 1923. pg. 221 a 227.
17. Agustí Canyellas. Tall per una armada contra corsaris (1449) *B.S.A.L.* XXIV. (1932-1933) pg. 22.



18. Josep M.<sup>a</sup> Roca. *Johan I d'Aragó*. Barcelona. 1929. pg. 235.
19. Antoni Rubió i Lluch. *Documents per l'història de la cultura catalana mig-aval*. Vol. I. Barcelona. (1908-1921) pg. 384.
20. Idem ant. pg. 423.
21. Juan Muntaner Bujosa. Un agua medicinal prodigiosa para el rey de Aragón (1417) *IV Congreso de Historia de la Corona de Aragón*. Vol. II. 1955. pg. 417-428.
22. Archivo del Reino de Mallorca (A.R.M.) Actas del Gran i General Consell. (A. G. C.) -4 fol. 97 v.
23. Cf. Inventario de Pere Fabregat, fol. 46.
24. A. R. M. A.H. L.C. 93 f.249 v. citado por Pablo Cateura Bennasser. *Sociedad, jerarquía y poder en la Mallorca medieval*. Palma. 1984. p. 173.
25. Alvaro Campaner. *Cronicón Maioricense*. Palma de Mallorca. 1967. p. 198.
26. Luis García Ballester. Arnau de Vilanova. (1240-1311) y la reforma de los estudios médicos en Montpellier. (1309): El Hipócrates latino y la introducción del Nuevo Galeno. *Dynamis*. Vol. 2. 1982.
27. Agustí Canyellas. (1932-1933) op. cit. p. 21.
28. A. R. M. A H- 484- B fol. 30.
29. A. R. M. A G C-4 fol. 154.
30. A. Canyelles. (1932-1933) op. cit. p. 9.
31. Joan Rosselló Lliteras. *Registra sponsalium ecclesie maioricensis (Concessos)* Palma 1982 p. 9.
32. R. Rosselló Vaquer. *Historia de Manacor*. s. XV. Mallorca. 1979. pg. 67.
33. A. R. M. A G C-4 fol. 154.
34. A. R. M. A G C-6 fol. 12.
35. A. Canyelles. (1932-1933) op. cit. p. 15.
36. Idem ant. p. 10.
37. A. R. M. A G C- 8 fol 38.
38. A. R. M. A G C- 9 fol 65 v.
39. A. R. M. A G C-10 fol 63 v y 82.
40. A. R. M. A G C-8 fol 38.
41. A. R. M. A G C- 9 fol 89 v.
42. A. R. M. A G C-10 fol 63 v y 82.
43. A. R. M. A G C-9 fol 1 v.
44. A. R. M. A G C-9 fol 89 v y A G C-10 fol 2 v.
45. A. R. M. A G C-10 fol 99 v.
46. A. R. M. A G C-10 fol 172 v.
47. Maria Barceló Crespí. *La ciutat de Mallorca en el trànsit a la Modernitat*. Tesis doctoral. 1982. Mecanografiada. pg. 554.
48. G. Llompарт. (1980) Vol. IV. pg. 178.
49. A. Canyelles op. cit. p. 14.
50. A. R. M. A G C-7 fol. 23.
51. J. Muntaner Bujosa y J. Vich. *Documenta Regni Maioricarum*. Palma de Mallorca. 1945. pg. 207.
52. Antoni Rubió i Lluch. *Documents per l'història de la cultura catalana mig-aval*. Barcelona. 1908-1921. Vol. II. pg. 80.
53. Idem ant. Vol. I. pg. 273.
54. Josep Shatzmiller, Livres medicaux et education medicale. A propos d'un contrat de Marseille en 1316. *«Mediaeval Studies»*. Vol. XLII 1980.
55. Cf. Inventario de Pere Parera. fol. 51 v.
56. Cf. Subasta de los bienes de Joan Desbrull.
57. Luis García Ballester, 1982. op. cit., pg. 107, nota 55, comunicación oral de Michael Mc. Vaugh sobre material del Archivo de la Catedral de Barcelona.



# Sección bibliográfica

## Oxígeno domiciliario

Petty, TL; Estopa, R. *Med. Clin.* 86. 543. 1986.

El oxígeno domiciliario continuo (O.D.C.) mejora la supervivencia y calidad de vida de los pacientes con bronconeumopatía crónica obstructiva con hipoxemia. A esta conclusión llegan Petty y Estopa al revisar y analizar los principales estudios publicados al respecto. La supervivencia a los tres años de los BNCO con hipoxemia severa es del 25 %. Los que siguen ODC tienen una supervivencia del 60 %, mientras que los que la realizan de manera discontinua (12-15 horas/día) su supervivencia es del 35-40 %. El criterio básico de indicación ODC se establece tras una gasometría basal que refleje  $pO_2$  menos de 55 mmHg con tratamiento médico correcto; o bien con hipoxemia no tan severa pero con signos de hipertensión arterial pulmonar, cor pulmonale, policitemia, edemas o disnea de reposo permanente. Es más discutible si falta la hipoxemia la indicación de ODC en: patología pulmonar intersticial difusa o en las neoplasias terminales. En España los costos mensuales de la ODC por persona se cifran en 12.000 pts. Es más elevado el costo en los países donde se dispone de oxígeno portátil. Este precio es el equivalente a tres bombonas de oxígeno semanales. Concentradores y extractores de  $O_2$  pueden mejorar el rendimiento a costa de una inversión inicial superior, y sin olvidar que se trata de aparatos muy ruidosos. Se debe ser estricto en la indicación de ODC: 1- Debe ser hecha por un neumólogo. 2- El paciente o su familiar cercano debe conocer a la perfección el funcionamiento de la fuente de  $O_2$  y su forma de administra-

ción. 3- La indicación debe ser confirmada a los tres meses y con posterioridad reafirmada cada año. 4- Resulta ideal la determinación de la saturación de  $O_2$  con medidor cutáneo domiciliario. 5- En los pacientes que sigan fumando el beneficio de la ODC no está demostrado. Debe ser retirada la indicación. García Besada y cols. realizan un estudio en España sobre 247 pacientes con ODC concluyendo que el 49 % de las indicaciones estaban mal realizadas y sólo el 27 % de pacientes con ODC realizaban el tratamiento correctamente.

Jaime Orfila

## Profilaxis antimicrobiana en cirugía

J. Buades I. Usandizaga  
*The Medical Letter* 8.1.3. 1986

En *The Medical Letter* se publica una relación de las indicaciones profilácticas antibióticas en las distintas Especialidades Quirúrgicas. - Cirugía Vascular Periférica: En la reconstrucción de la aorta abdominal o cirugía que implique una prótesis o incisión del pliegue inguinal, se recomienda CEFAZOLINA 1 gr. IM/IV, ya que los agentes patógenos más probables son: Staph. Aureus, Staph. Epidermidis o Bacilos Entéricos Gram Negativos. - Cirugía Ortopédica: Sustitución de la cadera, fijaciones internas con clavos, placas, tornillos... Se aconseja administración profiláctica de CEFAZOLINA 1 gr IM/IV o VANCOMICINA 1 gr IV., al ser los más frecuentes Staph. Aureus y Staph. Epidermidis. - Cirugía de Cabeza y Cuello: Se recomienda también CEFAZOLINA 1 gr IM/IV, debido a que el Staph. Aureus, los Estreptococos y Anaerobios orales son los microorga-



nismos patógenos probables. – Cirugía Gastroduodenal: La administración de 1 gr IM/IV de CEFAZOLINA en la fase preoperatoria puede reducir la frecuencia de infecciones postoperatorias producidas por bacilos entéricos gram negativos y cocos gram positivos. – Cirugía del Tracto Biliar: Está recomendada la profilaxis antimicrobiana en pacientes de alto riesgo mayores de 70 años, colecistitis aguda o coledocolitiasis. CEFAZOLINA 1 gr IM/IV. – Cirugía Colon-Rectal: Está en discusión si es mejor un tratamiento antibiótico oral con NEOMICINA y ERITROMICINA, 1 gr de cada una a la 1, 2 y 11h. p.m. del día antes de la intervención junto con una dieta y catarisis adecuada. O bien la administración parenteral de CEFOXITINA 1 gr IV o CLINDAMICINA 600 mgrs. IV más GENTAMICINA 1,5 mgrs/kg y IM/IV. Algunos autores opinan que la administración conjunta de ambos tratamientos es mejor que la de cada uno por separado. – Apendicectomía: Se recomienda el empleo profiláctico de CEFOXITINA 1 gr. IV. – Histerectomías: Se aconseja el uso de CEFAZOLINA 1 gr. IM/IV profilácticamente. – Cesáreas: En las pacientes de alto riesgo (rotura prematura de membranas). Se administra 1 gr IV de CEFAZOLINA tras el pinzamiento del cordón umbilical. – Urología: La profilaxis antimicrobiana no está recomendada en pacientes con orina estéril. Los enfermos con urocultivos positivos deben ser tratados antes de la intervención. – En muchas de las pautas recomendadas se aconseja la CEFAZOLINA, ya que ofrece la ventaja de causar menos dolor vía intramuscular y poseer una vida media más larga. En la cirugía Colo-Rectal y en las Apendicectomías se emplea la CEFOXITINA. En los demás tipos de cirugía no existe razón alguna para emplear las Cefalosporinas de segunda generación.

## Una nueva vacuna antibrucelósica

Masson P.H. Priesse Medica 46. 2353. 1986

En 1984 se declararon en Francia 289 casos nuevos de brucelosis humana, aunque parece que la cifra real debe ser de 3 a 5 veces superior. Se considera que debe haber entre 800 y 1500 nuevos casos anuales.

En 1985 Massol anuncia una nueva vacuna brucelar P.I. Las vacunas hasta ahora existentes han resultado grandes fracasos. Esta nueva vacuna se administra por inyección, se repite a los 15 días y una nueva dosis de recuerdo a los 18 meses. No puede ser administrada más que a personas vírgenes de infección que no presenten alergia. Para estudiar dicha alergia se realiza un test brucelar P.I. intradérmico y sólo podrá administrarse la vacuna cuando este test es negativo a las 48 horas de aplicación.

Se indica esta vacuna a personas especialmente expuestas (cuidadores de animales, matarifes, veterinarios, empleados de industrias alimentarias y personal de laboratorio).

I. Usandizaga

## Pancreatitis crónica

Palazón J.M; García A; Gómez A. y Carnicer F; Gastroenterología y Hepatología 9. 21. 1986.

Palazón y colaboradores publican un estudio de 32 casos de Pancreatitis crónica. En este estudio el 90,6 % de los enfermos con pancreatitis crónica eran alcohólicos y en su mayoría

varones. El primer síntoma fue de dolor abdominal en el 79,3 %. En el 12,5 % el diagnóstico se realizó por el hallazgo de calcificaciones pancreáticas, se comprueba que en algunos casos en los que no se ven calcificaciones en la R.X. abdominal la enfermedad progresa, siendo las calcificaciones y la malabsorción los fenómenos evolutivos más frecuentes.

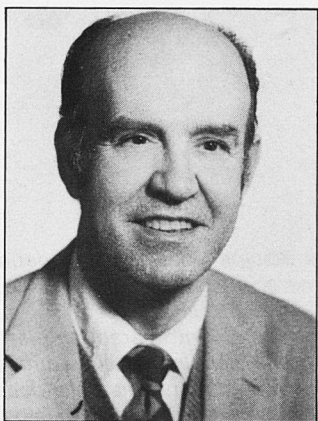
El 27,6 % de los enfermos presentaron manifestaciones de insuficiencia pancreática (malabsorción o diabetes). Apareció pseudoquiste en el 17,2 % y desapareció de forma espontánea en todos los pacientes menos uno que precisó cirugía. Hubo estenosis de la vía biliar en el 27,3 % y estenosis duodenal en el 16,6 %. Se encontró carcinoma de páncreas sólo en un caso.

#### I. Usandizaga





# Necrológica



En el primer número de la revista notificamos que había sido propuesto para académico de medicina y cirugía el doctor Bartolomé González Fusté. A los dos meses escasos falleció de forma súbita en su domicilio de Andraix, mientras con gran ilusión preparaba el discurso de ingreso.

El doctor Bartolomé González Fusté: había editado su examen de licenciatura en farmacia con premio extraordi-

nario el año 1949; fue profesor no numerario de la facultad de Francia de la Universidad de Barcelona (cátedra de Parasitología) hasta 1952. Posteriormente fue becario honorario del Consejo Superior de Investigaciones Científicas -Alonso Herrera. En 1962, y con la calificación de sobresaliente, obtuvo el título de doctor por la Universidad de Madrid. Su tesis versó sobre los «Efectos mutantes de ciertas radiaciones y sustancias químicas sobre el *Penicillium Notatum*».

Pasó después a trabajar en la industria farmacéutica, logrando importantes avances en el terreno de los antibióticos; prueba de ello son las publicaciones y comunicaciones en distintas revistas y congresos nacionales y del extranjero. Siguió cursos de perfeccionamiento en Francia, Italia y Estados Unidos. En el ámbito local trabajó en los laboratorios Miró, donde fue el responsable del control químico de las materias primas, de las formulaciones, de los acabados y del control bacteriológico.

Ultimamente trabajaba en la farmacia de su propiedad, ubicada en el puesto de Andraix.

Descanse en paz.

# Normas para la publicación de trabajos

1. Los trabajos originales que se deseen publicar en la Revista Balear deberán ser enviados a la Redacción de la revista.

2. Los trabajos deben presentarse mecanografiados a doble espacio, en hoja de tamaño holandés, empleando una sola cara de las hojas y dejando un margen a la izquierda de cinco centímetros; las hojas deben ir numeradas. En la primera página deben colocarse en el orden que aquí se cita: título del original, nombre y apellidos del autor o autores. Al pie de la primera página se harán constar el nombre del centro de trabajo y población, y, si se quiere, hacer mención de los cargos que tienen los autores.

3. Los trabajos estarán divididos en los correspondientes apartados, que deben indicarse claramente, siendo de desear que el esquema general sea el siguiente: introducción y método, resultados, discusión.

4. Las fotografías deben ser seleccionadas cuidadosamente, escogiéndolas de buena calidad y omitiendo aquéllas que no contribuyan a la mejor comprensión del texto. La revista aconseja un máximo de seis fotografías por artículo, salvo excepciones muy justificadas; sólo se admiten ilustraciones en color previo acuerdo económico. Las fotografías deben estar numeradas al dorso, llevando además los nombres de los autores e indicando su parte superior con una flecha. Se presentarán por separado sin ir pegadas a las hojas mecanografiadas del artículo, y sus pies (leyendas) irán mecanografiadas a doble espacio en hoja aparte.

5. Los dibujos gráficos (hasta un máximo de seis) deben hacerse preferentemente con tinta china negra, y deben tenerse en cuenta las mismas normas que hemos dado en el apartado 4 para las fotografías. Las fotogra-

fías, los dibujos y las gráficas deben llevar una numeración correlativa conjunta.

6. Las tablas se entregarán también en hoja aparte; deben ser claras y sin rectificaciones; si ocupan más de una hoja holandesa, deberán repetirse nuevamente los encabezamientos. Todas ellas deben estar numeradas independientemente de las figuras de los epígrafes 4 y 5 con numeración romana, y contener el correspondiente título. La Revista admitirá tablas que ocupen hasta un máximo de una página impresa de la misma.

7. Todos los artículos deben ir acompañados de la correspondiente bibliografía, que debe referirse a los trabajos citados en el texto. La bibliografía se recogerá en hoja aparte al final del artículo. Esta relación se dispondrá según orden de aparición en el texto, llevando la numeración correlativa correspondiente; en el interior del texto constará siempre la numeración de la cita, vaya o no acompañada del nombre de los autores.

Las citas deben ajustarse a las normas vigentes en nuestra Revista:

- a) apellidos e inicial de los nombres de todos los autores del artículo;
- b) título del trabajo en la lengua original;
- c) abreviatura de la revista, según el patrón internacional; y
- d) número del volumen, página y año; y todo ello con la puntuación establecida en el siguiente ejemplo:

BURSCHE, J. C., CALDWELL, K. P. S.: The electoral control of sphincter incompetence. *Lancet*, 2: 174-175 (1963).

Si se trata de citar un libro, seguir el siguiente orden:

apellido e inicial del nombre de los autores, título en el idioma original, página de la cita, editorial, ciudad en castellano y año.





# Disgren



## Bloquea el proceso trombótico



Dibujo de J. Marqués

### Descripción:

DISGREN es un inhibidor de la agregación plaquetaria sintetizado y desarrollado en el Centro de Investigación Uriach, que posee una acusada actividad antitrombótica puesta de manifiesto en la experimentación farmacológica y clínica. La actividad antiagregante y antitrombótica de DISGREN constituye la base fisiológica de su eficacia en la profilaxis y tratamiento de las enfermedades tromboembólicas y de los procesos patológicos originados o que cursan con una hiperactividad de las plaquetas.

### Composición:

300 mg de trifusal (DCI) por cápsula.

### Indicaciones:

Tratamiento y profilaxis de la **enfermedad tromboembólica** y de todos los procesos patológicos asociados con hiperactividad de las plaquetas. Tratamiento y profilaxis de los **trastornos vasculocerebrales isquémicos** y de sus recidivas. Tratamiento y profilaxis de las **vasculopatías periféricas**.

Prevención de las **trombosis venosas profundas** y de los accidentes trombóticos en el post-

operatorio de la cirugía vascular periférica y de la cirugía traumatológica.

Situaciones de riesgo trombótico.

Complemento de la terapia anticoagulante en pacientes mal descoagulados.

Hipерcoagulabilidad.

### Posología:

1-3 cápsulas diarias, durante o al final de las comidas.

**Dosis preventiva:** 1 cápsula diaria.

**Dosis de mantenimiento:** 2 cápsulas diarias.

**Dosis en situaciones de alto riesgo:** 3 cápsulas diarias.

### Presentaciones:

Disgren 50 cápsulas (P.V.P. 4.677,— ptas.)

Disgren 30 cápsulas (P.V.P. 2.811,— ptas.)

Disgren Envase Clínico 500 cápsulas.

### Interacciones:

Potencia a los anticoagulantes, AAS y sulfonilureas. Asociado al dipiridamol se potencia la acción de ambos fármacos.

### Contraindicaciones:

Deberá administrarse con precaución en la úlcera péptica y en pacientes con sensibilidad a los

salicilatos. No está demostrada su inocuidad en el embarazo.

### Efectos secundarios:

En raros casos molestias gástricas que se evitan administrando el medicamento con las comidas y que ceden con antiácidos.

### Intoxicación:

No se han descrito fenómenos tóxicos incluso a dosificaciones de 1.800 mg diarios. En caso de intoxicación accidental los síntomas son: excitación o depresión del SNC, alteraciones circulatorias y respiratorias y del equilibrio electrolítico, hemorragias digestivas y diarreas. Tratamiento con carbón activo, eliminación del fármaco (vómito, aspiración, lavado), prestando atención al equilibrio electrolítico e instaurando tratamiento sintomático.



J. URIACH & Cía, S.A.  
Decano Bahí, 59  
08026 Barcelona